



INFORMATIEFORMULIER NIEUWE

PERSOONLIJKE GEGEVENS

Datum van vandaag _____

Naam _____ Eerste letter van
Roepnaam _____ Achternaam _____

Zo wil ik genoemd worden: _____
Man _____ Vrouw _____

Adres _____ Stad _____
_____ Postcode _____

Geboortedatum _____ Burgerservicenummer _____

Mobiele Telefoon _____ Werk Telefoon _____
_____ Huis Telefoon _____

Vind u het erg als we u een bericht sturen? Ja _____ Nee _____

Primair contactnummer (Eén aankruisen) Mobiel _____ Werk _____

Huis _____

E-mail _____ Werkgever _____

Naam en achternaam van uw echtgeno(o)t(e) _____ Werkgever van uw
echtgeno(o)t(e) _____

Wie kunnen we bedanken voor het doorsturen van u?

Contactpersoon voor noodgevallen / contactnummer

INFORMATIE OVER TANDHEELKUNDIGE BEHANDELING

De reden voor uw bezoek van vandaag

Heeft u momenteel pijn? Ja _____ Nee _____ Zo ja, licht toe:

Heeft u momenteel tandproblemen? Ja _____ Nee _____ Zo ja, licht toe:



Heeft u problemen gehad met uw vorige tandheelkundige behandelingen? Ja Nee

Zo ja, licht toe:

Is er iets dat we kunnen doen om uw laatste tandheelkundige behandeling beter te maken?

Geef aan in hoeverre u bang bent om naar de tandarts te gaan (minst) 1 2 3 4 5 (meest)

Hoewel tandartsen voornamelijk het gebied in en rond uw mond behandelen, maakt uw mond deel uit van uw hele lichaam. Eventuele gezondheidsproblemen die u heeft of medicijnen die u gebruikt kunnen direct verband houden met de tandheelkundige zorg die u krijgt. Bedankt voor het beantwoorden van de volgende vragen.

Zo ja, leg uit waarom: _____

Zo ja, leg uit waarom: _____

Zo ja, leg uit waarom: _____

Zo ja, leg uit waarom: _____

Staat u momenteel onder behandeling van een arts? O Ja O Nee

Bent u ooit opgenomen geweest of hebt u een grote operatie ondergaan? O Ja O Nee

Hiç ciddi şikilde başınızdan veya boynunuzdan yaralandınız mı? O Ja O Nee

Gebruikt u medicijnen, pillen of drugs? O Ja O Nee

Gebruikt u of heeft u Phen-Fen of Redux gebruikt? O Ja O Nee

Hebt u ooit Fosamax, Boniva, Actonel of een ander geneesmiddel met bisfosfonaten gebruikt?
O Ja O Nee

Volgt u een speciaal dieet? O Ja O Nee

Gebruikt u tabak/sigaretten? O Ja O Nee

Gebruikt u geregleerde stoffen? O Ja O Nee



VRAGEN VOOR ONZE VROUWELIJKE PATIËNTEN

Bent u zwanger/probeert u zwanger te worden? Evet Hayır

Gebruikt u orale anticonceptiemiddelen? Evet Hayır

Geeft u borstvoeding? Evet Hayır

Heeft u één van de volgende aandoeningen of heeft u die ooit gehad?

AIDS/HIV Positief Ja Nee

Alzheimer Ja Nee

Bloedarmoede Angina Ja Nee

Kunstmatige hartklep Ja Nee

Kunstmatig gewricht Ja Nee

Astma Ja Nee

Bloedziekte Ja Nee

Bloedtransfusie Gedaan Niet gedaan

Artritis/jicht Ja Nee

Ademhalingsproblemen Ja Nee

Krijgt uw lichaam snel blauwe plekken? Ja Nee

Kanker Ja Nee

Chemotherapie Ja Nee

Pijn op de borst Ja Nee

Herpes Ja Nee

Aangeboren hartafwijkingen Ja Nee

Stuiptrekkingen Ja Nee

Drugsverslaving Ja Nee

Cortison Medicatie Gebruik Ja Nee

Diabetes Ja Nee

Kortademigheid Ja Nee

Emfyseem Ja Nee

Epilepsie of epileptische aanvallen Ja Nee

Overmatig bloeden Ja Nee



Overmatige dorst O Var O Yok

Flauwvallen/duizeligheid O Var O Yok

Vaak hoesten O Var O Yok

MEDISCH GESCHIEDENIS

NAAM EN ACHTERNAAM VAN DE PATIËNT _____

GEBOORTEDATUM _____

Heeft u één van de volgende aandoeningen of heeft u die ooit gehad?

Vaak diarree O Ja O Nee

Vaak hoofdpijn O Ja O Nee

Herpes genitalis O Ja O Nee

Glaucoom O Ja O Nee

Hooikoorts O Ja O Nee

Hartaanval/ontoereikendheid O Ja O Nee

Hartritmestoornis O Ja O Nee

Pacemaker O Ja O Nee

Hartprobleem/ziekte O Ja O Nee

Hemofilie O Ja O Nee

Hepatitis A O Ja O Nee

Hepatitis B of C O Ja O Nee

Herpes O Ja O Nee

Hoge bloeddruk O Ja O Nee

Hoog cholesterol O Ja O Nee

Netelroos of uitslag O Ja O Nee

Hypoglykemie O Ja O Nee

Hartritmestoornis O Ja O Nee

Nierproblemen O Ja O Nee

Leukemie O Ja O Nee

Leverziekte O Ja O Nee



Lage bloeddruk Ja Nee

Longziekte Ja Nee

Mitralisklepverzakking Ja Nee

Osteoporose Ja Nee

Pijn in de kaakgewrichten Ja Nee

Bijschildklierziekte Ja Nee

Psychiatrische behandeling Ja Nee

Bestralingstherapie Ja Nee

Recent gewichtsverlies Ja Nee

Nierdialyse Ja Nee

Reumatische koorts Ja Nee

Reuma Ja Nee

Roodvonk Ja Nee

Gordelroos Ja Nee

Sikkelcelanemie Ja Nee

Sinus klachten Ja Nee

Spina Bifida Ja Nee

Maagdarmsstelselaandoening Ja Nee

Paralyse Ja Nee

Zwelling in armen en benen Ja Nee

Schildklieraandoening Ja Nee

Tonsillitis Ja Nee

Tuberculose Ja Nee

Tumoren of tumorgroei Ja Nee

Ulcus Ja Nee

Venerische Ziekte Ja Nee

Geelzucht Ja Nee

Hebt u een ernstige ziekte gehad die hierboven niet wordt genoemd? Ja Nee



Bent u allergisch voor het volgende?

Aspirine Penicilline Codeïne Lokale verdovingen Acryl Metaal Latex Sulfonamiden

Overige Zo ja, licht toe: _____

Toelichting:

Naar mijn beste weten zijn de vragen op dit formulier correct beantwoord. Ik erken dat het verstrekken van onjuiste informatie gevaarlijk kan zijn voor mijn gezondheid (of die van mijn patiënt). Het is mijn verantwoordelijkheid om de tandartspraktijk op de hoogte te stellen van eventuele veranderingen in mijn medische toestand.

HANDTEKENING VAN PATIËNT, OUDER OF
VOOGD _____ DATUM _____

NAAM en ACHTERNAAM van patiënt, ouder of
voogd _____

HANDTEKENING GETUIGE _____ DATUM _____

DR. HANDTEKENING

_____ DATUM _____

GESCHIEDENIS TANDHEELKUNDIGE BEHANDELING
Geschatte datum van laatste gebitsreiniging

_____ Procedure(s) uitgevoerd bij het laatste tandartsbezoek

_____ Wilt u het uiterlijk van uw glimlach veranderen? Ja Nee

Als u iets aan uw gebit zou kunnen veranderen, dan zou dat (Kruis aan wat van toepassing is)

De kleur van uw tanden Uw tanden verschijnen te veel of te weinig wanneer u lacht

Grootte/vorm van uw tanden Er is te veel of te weinig tandvles te zien als u lacht

Ruimte tussen uw tanden Juiste uitlijning van uw tanden

Overige (Gelieve toe te lichten)



Heeft u last van het volgende (kruis aan wat van toepassing is)?

- Gevoelig of terugtrekkend tandvlees Versleten / gebroken / gebarsten tanden
 Ontbrekende tanden Oude kronen met donkere randen bovenin
 Tandem zijn gevoelig voor warmte/kou Tandem zijn gevoelig tijdens het kauwen
 Klacht over slechte adem Oude of verkleurde vullingen
 Overige (Gelieve toe te lichten)
-

Heeft u ooit het volgende meegemaakt (kruis aan wat van toepassing is)?

- Parodontale aandoeningen / tandvleesbehandeling Ja Nee
 Ongemak in uw kaakgewricht (TMJ/TMD) Ja Nee
 Orthodontische behandeling Ja Nee
 Uw kaak is aangepast of gecorrigeerd om goed te kunnen bijten Ja Nee
 Kaakchirurgie / trekken van verstandskiezen Ja Nee
 Ernstig letsel aan de mond of het hoofd Ja Nee
 Bijtplaat of gebitsbeschermer Ja Nee
 Chronische slechte adem Ja Nee
 Snurken Ja Nee
 Tandknarsen (dag of nacht) Ja Nee
Als u één van de voorgaande vragen met ja hebt beantwoord, leg dan uit
-

Hebt u antibiotica nodig voor een tandheelkundige behandeling? Ja Nee

Zo ja, waarom?

Hebt u ooit medicijnen tegen osteoporose gebruikt, gebruikt u die op dit moment of bent u van plan die te gaan gebruiken?
(Biofosfonaten) Evet Hayır

Is er nog iets dat u ons wilt laten weten over uw tandheelkundige behandeling in het verleden?

TANDARTSVERZEKERING

De primaire partij die de verzekeringspolis uitgeeft en het risico draagt:

Naam verzekeraar Verzekeringsnummer: _____



Naam verzekerde _____ verwantheid tot de patiënt

Geboortedatum van de verzekerde _____ Naam werkplek verzekerde

Secundaire partij die de verzekeringspolis uit geeft en het risico draagt

Naam verzekeraar _____ Verzekeringsnummer

Naam verzekerde _____ verwantheid tot de patiënt

Geboortedatum van de verzekerde _____ Naam werkplek verzekerde

Indien patiënt minderjarig is:

Naam van de ouder of wettelijke voogd en relatie tot de patiënt _____

Is deze ouder of wettelijke voogd momenteel patiënt in uw kliniek/kantoor? Ja _____
Nee _____

PRAKTIJK-/KLINIEK- EN FINANCIËEL BELEID

- Het is onze missie om de beste en meest kosteneffectieve gezondheids-/zorgbehandeling te bieden die momenteel beschikbaar is. Na de diagnose zal uw arts u adviseren over ons behandelplan. We bespreken ook met u de betalingen die nodig zijn voor de huidige en toekomstige behandeling.
- Betaling moet plaatsvinden op het moment/dag waarop de diensten worden verleend. Betaalmogelijkheden: Borg, Contant, Visa, MasterCard en Bankoverschrijving (vooraf).
- De verzekeringsuitkering wordt bepaald door uw werkgever en niet door uw tandarts. Eventuele eigen risico's of verwachte eigen bijdragen worden op het moment van de behandeling betaald. Verzekering betekent niet dat alles vergoed zal worden, verzekeringsmaatschappijen dekken mogelijk niet al uw kosten. Uw verzekeringspolis is een contract tussen u en uw verzekeraar.
- Als patiënten hun betaling meer dan 45 dagen uitstellen, wordt een rente van 18% per jaar in rekening gebracht op alle schulden. Voor elke cheque die aan ons wordt geretourneerd als gevolg van Onvoldoende saldo (NSF), wordt een bedrag van 25 euro toegevoegd aan uw rekeningsaldo.
- Voor uitgebreide tandheelkundige behandelingen kunnen betalingsplannen en financiële afspraken worden gemaakt voordat de behandeling begint.

Ik de ondergetekende geef toestemming voor betaling van tandheelkundige uitkeringen die normaal gesproken rechtstreeks aan tandarts Murat Sütpideler (PhD) worden betaald.



Ik heb dit financiële beleid gelezen en begrepen

NAAM ACHTERNAAM

HANDTEKENING DATUM

TOESTEMMING OM FOTO'S TE NEMEN

Ik, _____ geef hierbij toestemming aan TRUDENT KLINIEKEN om foto's en video's te maken van mijn gezicht, kaak en gebit.

Ik ga ermee akkoord dat foto's en/of video's worden gebruikt om mijn behandeling vast te leggen en mogen worden gebruikt voor educatieve doeleinden in conferenties, demonstraties, advertenties (inclusief publicatie op websites, kranten, tijdschriften, telefoongidsen, televisie) en professionele publicaties (tandheelkundige tijdschriften en magazines).

Ik bevestig ook dat als de foto's, dia's en/of video's worden gebruikt in een publicatie of als onderdeel van een evenement, mijn naam of andere identificerende informatie vertrouwelijk zal worden behandeld. Ik verwacht geen compensatie, financieel of anderszins, voor het gebruik van deze foto's.

Handtekening Datum

BEDANKT!

BEDANKT VOOR HET KIEZEN VAN TRUDENT KLINIEKEN

DR. MURAT SÜTPİDELER EN ZIJN TEAM