

INTAKE FORMULIER MONDHYGIËNISTENPRAKTIJK DOORN

PERSOONSgegevens

Naam/voornaam :
Adres :
Postcode/woonplaats :
Geboortedatum :
BSN :
Telefoon privé :
 werk :
 mobiel :
Email adres :
Beroep :
Verzekering + nummer :
aanvullende tandartsverz. welke? :
Tandarts : tel
Huisarts : tel
Specialist : tel

In het kader van uw behandeling hebben wij ons te houden aan een aantal wetten, zoals bijvoorbeeld de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Volgens de AVG moeten wij u toestemming vragen voor een aantal zaken m.b.t. de verwerking van persoonsgegevens. Daarom vindt u hieronder een aantal items waarvoor wij uw expliciete toestemming nodig hebben.

Zonder akkoord voor de vragen uit onderdeel A van het onderstaande is het voor ons als mondhygiënist van Mondhygiënistpraktijk Doorn niet mogelijk om u kwalitatief goed en veilig te kunnen behandelen. Dit zijn namelijk eisen uit andere wetten waaraan wij moeten voldoen.

Wanneer u niet met dit onderdeel akkoord gaat, kunnen wij u helaas niet als patiënt in onze praktijk opnemen, dan wel de behandelrelatie met u voortzetten.

* het goede antwoord graag omcirkelen

U heeft de privacyverklaring ingezien en bent ermee bekend	Ja / Nee *
A.1 U geeft toestemming voor het gebruik van uw persoonsgegevens, zoals naam, adres, telefoonnummer, BSN nummer, geboortedatum, verzekeringsgegevens en e-mail adres in uw dossier	Ja / Nee *
A.2 U geeft toestemming voor het vastleggen van uw medische gegevens, medicatiegegevens, tandheelkundige gegevens en röntgenfoto's in het belang van uw behandeling	Ja / Nee *
A.3 U geeft toestemming voor het opvragen van informatie die van belang is voor uw behandeling bij uw behandelend tandarts/andere mondzorgverlener	Ja / Nee *
A.4 U geeft toestemming voor het opvragen en uitwisselen van informatie die van belang is voor uw behandeling bij uw behandelend arts/specialist indien dit noodzakelijk is om op verantwoorde manier uw behandeling uit te kunnen voeren	Ja / Nee *
A.5 U geeft toestemming uw dossier te delen met uw (nieuwe) tandarts, mondhygiënist of andere mondzorgverlener	Ja / Nee *
B.1 U geeft toestemming voor het gebruik van uw e-mail adres voor het versturen van de factuur	Ja / Nee *
B.2 U geeft toestemming voor het factureren van uw behandeling via een factoringmaatschappij	Ja/Nee*

B.3 U geeft toestemming voor het gebruik van uw e-mail adres voor het maken of wijzigen van een afspraak en voor de afspraakherinnering	Ja / Nee *
B.4 U geeft toestemming voor het gebruik van uw e-mail adres voor het verstrekken van algemene praktijkinformatie en informatie over mondgezondheid via een nieuwsbrief, 4x per jaar	Ja / Nee *

Volgens de WGBO hebben wij een wettelijke dossierplicht. Hiervoor is het noodzakelijk een aantal gegevens van u vast te leggen, waaronder ook informatie over uw algemene gezondheid.

Een aantal ziekten en afwijkingen, het gebruik van medicijnen en leefgewoonten kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige/mondhygiënische behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is daarom belangrijk dat uw tandarts en mondhygiënist hiervan op de hoogte zijn. Ik verzoek u onderstaande lijst zorgvuldig in te vullen. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim. De ASA scores zijn bij het invullen van deze lijst voor u niet van belang.

Indien een vetgedrukte vraag met nee is beantwoord kunnen de subvragen overgeslagen worden.

MEDISCHE GEGEVENS/GEZONDHEIDSVRAGENLIJST	ja/nee	ASA	
1. Heeft u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens tandheelkundige of mondhygiënische behandeling?	0	0	
Zo ja,			
Aard van de complicaties (bijv. nabloeding, flauwvallen).....		II	
Bij welke behandelaar			
Wanneer			
2. Heeft u ooit medische problemen/bijwerkingen gehad bij gebruik van medicijnen?	0	0	
Aard van de problemen			
Bij welke medicijnen			
3. Bent u bang voor een tandheelkundige of een mondhygiënische behandeling?	0	0	
4. Heeft u voor een tandheelkundige behandeling antibioticum nodig?	0	0	
5. Heeft u last van hyperventileren?	0	0	II
Zo ja,			
Voelt u de aanval aankomen?	0	0	
6. Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)?	0	0	II
Zo ja,			
- heeft u hiervoor medicijnen bij u? zo ja, waar.....			
- heeft u uw activiteiten moeten verminderen?	0	0	III
- heeft u ook klachten in rust?	0	0	IV
- nemen de klachten de laatste tijd toe en/of gaat u hiervoor binnenkort behandeld worden?	0	0	IV
- heeft u ondanks bypass, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen?	0	0	IV
7. Heeft u een hartinfarct gehad?	0	0	II
Zo ja,			
- heeft u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?	0	0	IV
- hebben zich daarna complicaties voorgedaan?	0	0	III
- ondervindt u nog steeds klachten?	0	0	III
8. Heeft u een hartgeruis, hartklepgebrek of acuut reuma (gehad)?	0	0	II
Zo ja,			
- heeft u klachten ten gevolge van het hartklepgebrek	0	0	III?
- bent u aan een hartklepgebrek geopereerd?	0	0	II

	ja/nee	ASA
9. Heeft u een kunstheup of kunsthartklep?	0 0	II
Zo ja,		
- heeft u na de kunsthartklep-operatie klachten gehouden?	0 0	III
- heeft u bij een tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?	0 0	II
10. Heeft u korter dan 6 maanden geleden een hartvaatoperatie ondergaan?	0 0	II
Zo ja,		
- was dit een 'bypass-operatie'?	0 0	II
- heeft u na deze operatie klachten gehouden?	0 0	II
- heeft u na deze operatie angina pectoris gehouden?	0 0	IV
11. Heeft u een pacemaker?	0 0	II
12. Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?	0 0	II
Zo ja,		
- moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen?	0 0	III
- wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?	0 0	IV
- bent u onder behandeling van een trombosedienst?	0 0	II
13. Heeft u last van hartfalen?	0 0	II
Zo ja,		
- slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt	0 0	III
- wordt u bij plat liggen kortademig?	0 0	IV
14. Heeft u of heeft u ooit een hoge bloeddruk gehad?	0 0	II
Zo ja,		
- is uw bovendruk meestal tussen 160 en 200?	0 0	II
- is uw bovendruk meestal 200 of hoger?	0 0	III
- is uw onderdruk meestal tussen 95 en 115?	0 0	III
- is uw onderdruk meestal 115 of hoger?	0 0	IV
15. Heeft u of heeft u ooit een lage bloeddruk gehad?	0 0	I
16. Heeft u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad?	0 0	II
Zo ja,		
- heeft u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?	0 0	IV
- heeft u nog vergelijkbare klachten die binnen 24 uur geheel verdwijnen?	0 0	III
17. Heeft u epilepsie?	0 0	
Zo ja,		
- wisselt u regelmatig van medicijnen?	0 0	III
- heeft u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?	0 0	IV
- hoe kenmerkt uw aanval zich? Hoe lang duurt deze (begin-verloop-herstel)		
.....		
18. Heeft u astma?	0 0	II
Zo ja,		
- heeft u daar nu last van?	0 0	III
- als u een aanval hebt, helpen uw medicijnen dan voldoende?	0 0	IV
- heeft u medicijnen bij u? Zo ja, waar.....		
19. Heeft u hooikoorts?	0 0	II
Zo ja,		
Gebruikt u hiervoor medicijnen?	0 0	
20. Heeft u slechte longen?	0 0	II
Zo ja,		
- heeft u tuberculose?	0 0	II
- heeft u klachten van de tuberculose?	0 0	III
- bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?	0 0	III
- bent u kortademig bij het opstaan of aankleden?	0 0	IV

	ja/nee	ASA
21. Bent u allergisch voor antibiotica of andere medicijnen, verdovingsvloeistof, medische materialen of andere stoffen?	0 0	II
Zo ja, welke.....		
22. Heeft u suikerziekte?	0 0	II
Zo ja,		
Gebruikt u insuline?	0 0	II
- bent u vaak 'ontregeld' (hypo/hyperglycaemie)	0 0	III
- heeft u medicijnen bij u? Zo ja, waar.....		
23. Lijdt u aan een schildklierziekte?	0 0	II
Zo ja,		
- wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?	0 0	III
- heeft u, ondanks behandeling, klachten gehouden?	0 0	IV
24. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Bijvoorbeeld: Pfeiffer, geslachtsziekte, HIV, Hepatitis A, B of C.	0 0	
Zo ja,		
- sinds wanneer?		
25. Heeft u langer dan zes maanden een leverziekte (bijv. Hepatitis A, B, C, D, E, F,G)?	0 0	II
Zo ja,		
- bent u hiervoor wel eens opgenomen in het ziekenhuis?	0 0	III
- heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?	0 0	IV
26. Heeft u een nierziekte?	0 0	II
Zo ja,		
- heeft u nierfunctie-vervangende behandeling?	0 0	II
- heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?	0 0	III
- heeft u een niertransplantaat?	0 0	IV
27. Lijdt u langer dan 6 maanden aan maag/darmklachten?	0 0	II
Zo ja,		
- heeft u regelmatig 's nachts diarree?	0 0	II
- heeft u langer dan 6 maanden diarree?	0 0	III
- heeft u daarbij koorts?	0 0	IV
28. Heeft u bloedarmoede met klachten? (moe, duizelig)	0 0	II
29. Is bij u ee bloedingsneiging vastgesteld?	0 0	II
Zo ja,		
- bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen en krijgt u zonder stoten blauwe plekken?	0 0	II
30. Heeft u een kwaadaardige ziekte of bloedziekte (gehad)?	0 0	III
Zo ja,		
- welke?		
- bent u onder behandeling?	0 0	III
- bent u bestraald voor een tumor aan hoofd of hals?	0 0	III
- zo ja, wanneer?		
31. Ondergaat u op dit moment chemotherapie of heeft u onlangs chemotherapie ondergaan?	0 0	
Zo ja,		
- wanneer was uw laatste kuur?.....		
- waarvoor?.....		

	ja/nee	ASA
32. Gebruikt u op dit moment medicijnen op recept of zelf gekocht?	0 0	
Zo ja, welke?		
- voor het hart? bijv. bloedverdunners of antistollingsmiddelen	0 0	
- hoge bloeddruk		
- aspirine of andere pijnstillers?	0 0	
- voor suikerziekte?	0 0	
- allergie	0 0	
- prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen?	0 0	
- huid-/ darm-/ reumatische ziekte	0 0	
- kanker of bloedziekten?	0 0	
- penicilline of andere antibiotica?	0 0	
- kalmerende middelen, slaapmiddelen, antidepressiva of verdovende middelen?	0 0	
- andere medicijnen, bijvoorbeeld homeopathische medicijnen?	0 0	
33. Gebruikt u de anticonceptiepil of andere hormoonpreparaten?	0 0	
34. Bent u zwanger?	0 0	II
Zo ja,		
- bent u korter dan 3 maanden zwanger?	0 0	III
35. Rookt u?	0 0	
Zo ja, wat en hoeveel?.....		
36. Gebruikt u meer dan 2 glazen alcohol per dag?	0 0	
37. Gebruikt u drugs?	0 0	
38. Lijdt u aan stress?	0 0	
39. Volgt u een dieet?	0 0	
Zo ja, waarvoor?		
40. Heeft u een ziekte of een ander medisch probleem welke niet genoemd is en waarvan u denkt dat ik het zou moeten weten?	0 0	
41. Zijn er andere bijzonderheden of beperkingen waar ik rekening mee moet houden bij de behandeling?	0 0	

Eventuele aanvullende opmerkingen:

PLAATS: DATUM: HANDTEKENING:

Wij stellen het op prijs als u veel medicijnen gebruikt een medicijnenoverzicht op papier van u te ontvangen.

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst.