

VRAGENLIJST PATIËNTEN

Datum: .../.../.....

Telefoon thuis:.....

Voornaam : Achternaam:

GSM:

E-mail:

Adres:

Werk: Beroep:

Geboortedatum: .../.../.....

Naam en adres van huisarts:

Bent u momenteel in behandeling of onder medische controle en waarvoor?

- ° Hart
- ° Lever
- ° Nieren
- ° Maag / Darmen
- ° Bloed / Bloedstolling
- ° Ontsteking
- ° Allergie
- ° Psychisch

Bent u de laatste vijf jaar ernstig ziek geweest of bent u geopereerd? Zo ja, waarvoor en wanneer?

.....

Welke medicatie neemt u?

Om te weten wat u van ons verwacht, willen wij u graag de volgende vragen stellen;
Waarom kiest u voor deze praktijk?

.....

Hoe bent u bij ons terecht gekomen? :

.....

Rookt u ?

° JA/ aantal per dag :

° NEE

Indien u een bijkomende tandverzekering heeft :

.....

Hoe lang is uw laatste bezoek aan de tandarts geleden?

° tussen 6 en 12 maanden°

° tussen 1 en 2 jaar

° tussen 2 en 3 jaar

° langer dan 3 jaar

Bent u tevreden over de toestand van uw gebit?

° JA ° NEE

Kunt u dit toelichten?

.....

Handtekening,