



E.G. Visser-Witteveen

t a n d a r t s p r a k t i j k

Registratieformulier patiëntgegevens

Persoonlijke gegevens:

Achternaam:M / V
Voorletters:
Voornaam:
Geboortedatum:
Adres:
Postcode: Woonplaats:
Tel. nr. prive:
Tel. nr. werk:
Tel. nr. mobiel:
Email-adres:
BSN nr:

Verzekering:

Naam verzekeringsmaatschappij:
Inschrijfnummer:

Medische gegevens:

Naam huisarts: Tel. nr.:
Naam vorige tandarts: Gegevens vorige tandarts: ja / nee

Verkorte gezondheidsvragenlijst:

Heeft u een afwijking aan of last van:

Hart / vaten _____ ja / nee	Afwijkende schildklierfunctie _____ ja / nee
Bloeddruk _____ ja / nee	Reuma _____ ja / nee
Bloedstolling _____ ja / nee	Diabetes _____ ja / nee
Pijn op de borst _____ ja / nee	Epilepsie _____ ja / nee
Verlamming / beroerte _____ ja / nee	Hyperventilatie _____ ja / nee
Nieren _____ ja / nee	Astma / Hooikoorts _____ ja / nee
Lever _____ ja / nee	Longen _____ ja / nee
Maag / darmstelsel _____ ja / nee	Bestraling hoofd / halsgebied _____ ja / nee
Allergie geneesmiddelen _____ ja / nee	Flauwvallen tijdens behandeling _____ ja / nee
Besmettelijke ziekte _____ ja / nee	Kwaadaardige ziekte _____ ja / nee
Zo ja, welke	

Medicijngebruik:

Datum: - -

Handtekening: