**Gezondheidsvragenlijst**

Gegevens patiënt: (Meisjes) Naam:……………………………………………………………………………………

 Voorletters/voornaam: ……………………………………………………………………….

 Adres:…………………………………………………………………………………………………….

 Woonplaats:…………………………………………………………………………………………..

 Telefoonnummer(s):………………………………………………………………………………

 Geboortedatum:…………………………………………………………………………………….

1. Bent u momenteel onder behandeling bij een arts / specialist? JA /NEE

2. Zo ja, waarvoor en bij wie? : ………………………………………………………………………………………………

3. Gebruikt u op dit moment medicijnen? JA / NEE

4. Zo ja, welke en waarvoor? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

5. Heeft u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens tandheelkundige en/ of mondhygiënisch behandelingen? JA / NEE

6. Zo ja, welke?

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

7. Geeft bij de volgende aandoeningen wat voor u wel of niet van toepassing is. Bij JA s.v.p. korte uitleg erbij.

Heeft u ?

* Hartaandoeningen JA/NEE ……………………………………………………………………….
* Kunstheup / kunstgewricht JA/NEE ……………………………………………………………………….
* Verhoogde bloeddruk JA/NEE ..……………………………………………………………………..
* Nieraandoeningen JA/NEE ……………………………………………………………………….
* Leveraandoeningen JA/NEE ……………………………………………………………………….
* Acuut reuma JA/NEE ……………………………………………………………………….
* Schildklierafwijking JA/NEE ……………………………………………………………………….
* Bestraling hoofd /hals JA/NEE ……………………………………………………………………….
* Suikerziekte JA/NEE ………………………………………………………………………..
* Astma / bronchitis JA/NEE ………………………………………………………………………..
* Epilepsie JA/NEE ………………………………………………………………………..
* Hepatitis JA/NEE ………………………………………………………………………..
* Besmettelijke ziekten JA/NEE ………………………………………………………………………..
* HIV / Aids JA/NEE ………………………………………………………………………..
* Allergie JA/NEE ………………………………………………………………………..
* Rookt u? JA/NEE ………………………………………………………………………..
* Gebruikt u drugs? JA/NEE …………………………………………………………………………
* Stress / angst? JA/NEE …………………………………………………………………………
* Bent u Zwanger? JA/NEE …………………………………………………………………………
* Andere aandoeningen? JA/NEE ………………………………………………………………………….

Per 25 mei 2018 treedt de Europese Verordeningen Gegevensbescherming (AVG) in werking. Vanaf dat moment gelden de voorwaarden uit deze AVG voor iedere bedrijf, instantie en overheid in Europa en beschermt de AVG alle Europese inwoners. De volgende vragen hebben betrekking tot de nieuwe AVG.

9. Geeft u toestemming om uw gegevens, zoals medische geschiedenis en/of röntgenfoto’s, op te vragen bij uw behandelende tandarts? JA/NEE – handtekening:

10. Geeft u toestemming om uw behandelende tandarts te informeren over de behandelingen bij de mondhygiëniste S. Aleksanjan? JA /NEE – handtekening:

11. Wilt u gebruik maken van afspraak herinnering? Deze herinnering wordt 2 a 3 werkdagen voor de afspraak verzonden. JA/NEE- handtekening:

Zo ja, kruis aan hoe?

* per sms
* per email

12. Heeft u kennis genomen van de privacyverklaring van de mondzorgpraktijk All Dental? JA/NEE- handtekening:

13. Geeft u toestemming om uw BSN nummer te verwerken in uw behandelkaart? JA/NEE- handtekening:

14. Geeft u toestemming om het nummer van uw identificatiedocument te verwerken in uw behandelkaart? JA/NEE- handtekening

Datum: ……………………………. Handtekening: ………………………

