



E.G. Visser-Witteveen

tandartspraktijk

Registratieformulier patiënt. (Gelieve in te vullen met blokletters).

Persoonlijke gegevens:

Achternaam: M / V
Voorletters:.....
Voornaam:.....
Geboortedatum:.....
Adres:.....
Postcode:.....Woonplaats:.....
Tel. Nr. Privé:.....
Tel. Nr. Werk:.....
Tel. Nr. Mobiel:.....
E-mail adres:.....
BSN:.....

Verzekering:

Naam verzekeringsmaatschappij:.....

Medische gegevens:

Naam huisarts:.....
Naam groepspraktijk:.....
Tel. Nr.:.....
Naam vorige tandarts:.....

Verkorte gezondheidsvragenlijst:

Heeft u een afwijking aan en/of last van:

Hart / Vaten	Ja / Nee	Afwijkende schildklierfunctie	Ja / Nee
Bloeddruk Hoog / Laag	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
Zo ja, welke:.....		Kwaadaardige ziekte	Ja / Nee
Besmettelijke ziekte	Ja / Nee		
Zo ja, welke:.....			

Medicijngebruik:.....
.....

Datum:-.....-.....

Handtekening:.....