



Registratieformulier patientgegevens

Personalialia

Achternaam	_____	Man / Vrouw	
Voorletters	_____	Geb. datum	_____
Voornaam	_____		
Adres	_____	Huisnummer	_____
Woonplaats	_____	Postcode	_____
E-mail	_____		
Telefoon privé	_____	Telefoon werk	_____
Telefoon mobiel	_____		

Verzekering

Naam verzekering	_____	Inschrijfnummer	_____
BSN	_____		

Medische gegevens

Naam vorige tandarts	_____	Naam Huisarts	_____
----------------------	-------	---------------	-------

Verkorte gezondheidsvragenlijst: heeft u een afwijking gehad aan of last gehad van:

Hart/vaten	ja / nee	Epilepsie	ja / nee
Bloeddruk	ja / nee	Hyperventilatie	ja / nee
Bloedstolling	ja / nee	Astma/hooikoorts	ja / nee
Pijn op de borst	ja / nee	Longen	ja / nee
Verlamming/Beroerte	ja / nee	Besmettelijke Ziekte	ja / nee
Nieren	ja / nee	Kwaadaardige ziekte	ja / nee
Lever	ja / nee	Flauwvallen tijdens behandeling	ja / nee
Maag/darm stelsel	ja / nee	Allergie	ja / nee
Afwijkende schildklierfunctie	ja / nee	Bent u bestraald aan hoofd/hals?	ja / nee
Reuma	ja / nee	Heeft u een kunstheup, -knie, -hartklep?	ja / nee
Diabetes	ja / nee		

Medicatie _____

Opmerkingen _____

"Ik heb de vragen naar waarheid ingevuld en heb een exemplaar van de Algemene Voorwaarden van U5 ontvangen".

Datum:

Handtekening voor akkoord: