# Intake nieuwe patiënt

Naam patient :

Geboorte datum:

**Wilt u alle vragen invullen?**

1. Heeft u op dit moment tandheelkundige klachten? Ja ☐ Nee ☐

   Zo ja, welke :

2. Bent u bij uw vorige tandarts regelmatig voor de periodieke controle geweest ? (min 1 x per jaar) Ja ☐ Nee ☐

   Indien nee, waarom niet :

3. Welke mondhygiëne maatregelen neemt u?

4. Heeft u last van bloedend tandvlees? Ja ☐ Nee ☐
5. Gaat u regelmatig naar de mondhygiënist? Ja ☐ Nee ☐

   Zo ja, bij wie :
6. Bent u onder behandeling van een parodontoloog (geweest)? Ja ☐ Nee ☐

   Zo ja, bij wie:
7. Bent u onder behandeling van een kaakchirurg (geweest)? Ja ☐ Nee ☐

   Zo ja, waarvoor :

8. Heeft u in het verleden een operatie in het hoofd/halsgebied gehad? Ja ☐ Nee ☐

   Zo ja, waarvoor :

9. Bent u onder behandeling van een orthodontist (geweest)? Ja ☐ Nee ☐

   Zo ja, bij wie :

10. Waarom bent u van tandarts veranderd?

11. Welke wensen of verwachtingen heeft u ten aanzien van uw gebit of een behandeling?

12. Hoe belangrijk is de esthetiek van uw gebit op een schaal van 1 tot 10?

1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ 7 ◯ 8 ◯ 9 ◯ 10 ◯

13 Hoe bang bent u voor de tandarts op een schaal van 1 (niet bang) tot 10 (heel erg bang)?

1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯ 7 ◯ 8 ◯ 9 ◯ 10 ◯

14. Heeft u op dit moment vragen of opmerkingen die voor ons van belang kunnen zijn voor een optimale behandeling?

15. Wie is uw huisarts :

16. Om een goed beeld te krijgen van uw behandelverleden, hebben wij uw patiëntengegevens nodig van uw vorige tandarts, zoals ook bij uw aanmelding aan u gevraagd is. Indien u die gegevens niet heeft, kunt u ons uitleggen waarom u deze niet heeft :

17. Valt u onder de Wet Langdurige Zorg (Wlz)? Ja ☐ Nee ☐

Zo ja, vul ALLE onderstaande gegevens in :

Naam zorginstelling :

Contactpersoon : Naam :

Adres :

Telefoonnummer :

Emailadres :

Naam zorgkantoor :

Datum :

Woonplaats :

Naam patiënt :

Handtekening patiënt :
(Indien ouder dan 12 jaar)

Naam ouder/verzorger :

Handtekening ouder :
(Indien patiënt onder 16 jaar is) :