



Orthodontiepraktijk Schuttelaar

Hemelsley 14

6136 HM Sittard

Tel.nr: 046 - 452 53 48

Whatsapp: 06- 25 52 84 21

Emailadres: receptie@orthoschuttelaar.nl

Website: www.orthoschuttelaar.nl

Wij willen graag goed voor uw kind zorgen. Daarom willen wij wat meer van uw kind weten. De vragen hebben betrekking op administratieve gegevens, tandheelkundige verzorging, algemene gezondheid en andere voor de behandeling relevante vragen. Vanzelfsprekend zullen alle gegevens vertrouwelijk worden behandeld. Wilt u zo vriendelijk zijn onderstaande vragen te beantwoorden. Indien er tijdens de behandeling wijzigingen in onderstaande gegevens plaatsvinden, verzoeken wij u deze aan ons door te geven.

Administratieve gegevens:

Voornaam/voorletters:

Achternaam:

Geboortedatum:

M: V:

BSN:

Paspoort/ID-nummer:

(a.u.b. paspoort/ID tonen aan de receptie bij het eerste bezoek)

Straat:

Huisnummer:

Postcode:

Plaats:

Telefoonnummer:

GSM nummer:

Op welk emailadres wenst u uw nota's en afspraakherinneringen te ontvangen?:

Broer of zus behandeld / onder behandeling?

J: N:

Indien ander factuuradres dan bovenstaand:

Voornaam/voorletters:

Achternaam:

M: V:

Straat:

Huisnummer:

Postcode:

Plaats:

Naam tandarts:

Plaats tandarts:

Naam huisarts:

Plaats huisarts:

Naam specialist:

Plaats specialist:

Verzekeringsgegevens:

Naam zorgverzekering:

Relatienummer zorgverzekering:

(a.u.b. het verzekeringspasje tonen aan de receptie bij het eerste bezoek. Tevens graag bij veranderingen m.b.t. de zorgverzekering, wijzigingen doorgeven aan de receptie.)

Voor een orthodontische behandeling dient u in de meeste gevallen aanvullend verzekerd te zijn. Wij adviseren u vooraf aan het eerste consult te controleren welke kosten voor een orthodontische behandeling door uw zorgverzekeraar worden gedekt. Verder kunt u de website www.allesoverhetgebit.nl raadplegen voor alle informatie over tandheelkundige vergoedingen en verzekeringen.

Spoelt uw kind met fluoride?

J: N:

Wordt er door de tandarts een fluoride-applicatie gedaan? J: N:

Is uw kind onder behandeling (of geweest) bij een logopedist(e)? J: N:

Tandarts / tandenpoetsen:

Gaat uw kind regelmatig naar de tandarts?

J: N:

Hoe vaak worden de tanden gepoetst?

Bloedt het tandvlees tijdens het poetsen?

J: N:

Gebruikt uw kind floss / ragers / tandenstokers?

J: N:

Sport / muziek:

Beoefent uw kind een sport?

J: N:

Bespeelt uw kind een instrument?

J: N:

Drinken:

Drinkt uw kind cola, ice-tea of andere zure (fris)dranken? J: N:

Orthodontische behandeling:

Heeft uw kind eerder een orthodontische behandeling gehad? J: N:

Heeft één of beide ouders een orthodontische behandeling gehad? J: N:

Trauma:

Is er sprake van een trauma (val of klap) op de voortanden in het verleden waardoor de voortanden (tijdelijk) los zijn gaan staan of zijn beschadigd? J: N:

Doorbreken / wisselen:

Zijn er problemen geweest met het doorbreken / wisselen van tanden of kiezen? J: N:

Lichaamsgroei:

Zijn er bijzonderheden m.b.t. de lichaamsgroei? J: N:

Wat is de huidige lengte van uw kind?

Groeit uw kind snel op dit moment? J: N:

Weet u de geschatte uiteindelijke lengte van uw kind? J: N:

Gezondheid:

Zijn er bijzonderheden m.b.t. de gezondheid? J: N:

Gebruikt uw kind medicijnen? J: N:

Heeft uw kind last van bronchitis, astma of CARA? J: N:

Allergie:

Is uw kind ergens allergisch voor? J: N:

Kaakgewricht:

Heeft uw kind last van het kaakgewricht? J: N:

Hoort u uw kind wel eens tandenknarsen? J: N:

Overig:

Is neusademhaling voor uw kind een probleem? J: N:

Wordt er uit gewoonte vaak door de mond geademd? J: N:

Is de mond vaak open? J: N:

Zijn de amandelen van uw kind geknipt? J: N:

Duimt uw kind of zuigt uw kind op zijn / haar vingers? J: N:

Zijn er nog opmerkingen / bijzonderheden welke misschien belangrijk zijn om te vermelden i.v.m. een mogelijke, binnenkort te starten, orthodontische behandeling?

De behandelstoelen van deze praktijk staan in een zogenaamde "open behandelruimte". Op deze manier is de zorgverlener in staat de behandelstoelen makkelijker te bereiken en daardoor efficiënter te werken.

Ik ga akkoord en geef hiervoor toestemming:

Naam:

Relatie tot patiënt:

Datum: