

PATIËNTENREGISTRATIEFORMULIER

Pagina 1 van 1

**I. Patiëntinformatie**

☐ Enkel
☐ Getrouwd

Burgerlijke staat _____ Familie Tandarts: _____ Huisarts: _____

Titel _____ Achtervoegsel _____ Seks: ☐ M ☐ F Geboortedatum _____ Leeftijd: _____

Laatst _____ Eerst _____ MI _____ Bijnaam _____

Adres _____

Stad _____ Staat _____ Ritssluiting _____

Thuis telefoon _____ bedrijfs telefoon _____

Sociale zekerheid # _____ Rijbewijs: _____

II. Werkgelegenheid Infor matie

Werkgever van de patiënt _____ Bezigheid: _____

Adres werkgever _____

Stad/Staat/Postcode _____ Telefoon _____

Naam verantwoordelijke partij _____

Verantwoordelijke Partij Werkgever _____ Bezigheid: _____

Adres werkgever _____

Stad/Staat/Postcode _____

Telefoon _____ SS # _____

III. Verzekeringsinformatie

PRIMAIRE: Soort verzekering: <input checked="" type="checkbox"/> Medisch <input type="checkbox"/> Tandheelkundig	ONDERGESCHIKT: Soort verzekering: <input checked="" type="checkbox"/> Medisch <input type="checkbox"/> Tandheelkundig
Abonnee _____ Naam vervoerder _____	Abonnee _____ Naam vervoerder _____
Groep # _____ Geboren _____	Groep # _____ Geboren _____
Overeenkomst _____ SS-nummer van de abonnee _____	Overeenkomst _____ SS-nummer van de abonnee _____
Plan _____ Beleid # _____	Plan _____ Beleid # _____

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

Pagina 1 van 2



I. Algemene informatie

Naam: _____ Datum: _____

Reden van ons kantoorbezoek vandaag: _____

Aan onze patiënten: Hoewel kaakchirurgen het gebied in en rond uw mond behandelen, maakt uw mond deel uit van uw hele lichaam. Gezondheidsproblemen die u heeft of medicijnen die u gebruikt kunnen een belangrijke relatie hebben met de zorg die u krijgt. Bedankt voor het beantwoorden van de volgende vragen. Uw antwoorden zijn uitsluitend bestemd voor onze administratie en worden als vertrouwelijk beschouwd.

Ja Nee Ben je in goede gezondheid? Hoogte: _____ Gewicht: _____

Ja Nee Zijn er het afgelopen jaar veranderingen geweest in uw algemene gezondheidstoestand?

Ja Nee Bent u onder behandeling van een arts? Datum laatste bezoek: _____
Zo JA, waarvoor wordt u behandeld? _____

Ja Nee Heeft u de afgelopen vijf jaar een ziekte, operatie of ziekenhuisopname gehad? Zo JA, vermeld dan: _____

Heeft u of heeft u momenteel...				Heeft u of heeft u momenteel...			
	JA	NEE	OPMERKINGEN		JA	NEE	OPMERKINGEN
Bloedarmoede				Hoge bloeddruk			
Anesthetische problemen(Familiegeschiedenis)				Geschiedenis van drugs-/alcoholmisbruik			
Artritis				Infectie			
Astma				Onregelmatige hartslag			
Bloedingsneiging				Geelzucht, Hepatitis, Leverziekte			
Bloedtransfusie				Nierproblemen			
Bronchitis, chronische hoest				Lage bloeddruk			
Kanker				Lage bloedsuikerspiegel			
Pacemaker				Kwaadaardige hyperthermie			
Chemotherapie of bestraling				Mentale gezondheidsproblemen			
Contactlenzen				Mitralisklepprolaps			
Besmettelijke ziekte				Bent u zwanger / geeft u borstvoeding?			
Convulsies				(Verwachte einddatum)			
Vertraging in genezing				Problemen met het immuunsysteem			
Diabetes				Prothetische knie/heup enz.			
Dialyse				Verwijderbaar tandheelkundig apparaat			
Moeilijkheden met ademen				Reumatische koorts			
Emfyseem				Seksueel overdraagbare aandoeningen			
Epilepsie				Roker			
Oogziekte				Zweren in de mond			
Flauwvallen				Maagzweren			
Galblaasproblemen				Hartinfarct			
Hooikoorts/Sinusproblemen				Gezwellen enkels			
Hartaanval/pijn op de borst				Schildklierproblemen			
Hartziekten (familiegeschiedenis)				TMJ-Pijn en klikken van de kaken			
Hartgeruis/kunstmatige kleppen				Tuberculose			
Hartoperatie				Tumor of groei			



Naam: _____ Datum: _____

II. Allergie informatie

	JA	NEE	OPMERKINGEN		JA	NEE	OPMERKINGEN
Plaatselijke verdoving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Codeïne of andere verdovende middelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Penicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Andere medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Natriumpentothal, Valium of	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		(Gefieve te vermelden)			
andere kalmerende middelen				Andere allergieën dan geneesmiddelenallergieën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aspirine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Latexallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Voedsel allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

III. Medicatie-informatie

	JA	NEE			JA	NEE	OPMERKINGEN
Anticonceptie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anticoagulans (bloedverdunners)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Maak een lijst van alle medicijnen, medicijnen of pillen:

Opmerking voor vrouwen: Antibiotica (zoals penicilline) kunnen de effectiviteit van anticonceptiepillen veranderen. Raadpleeg uw arts / gynaecoloog voor hulp bij aanvullende anticonceptiemethoden.

☐ Ja ☐ Nee Zijn er omstandigheden met betrekking tot uw gezondheid waarvan de arts op de hoogte moet worden gesteld?
Zo ja, leg uit:

☐ Ja ☐ Nee Heeft dit bezoek te maken met een ongeval? Soort ongeval: ☐ Auto ☐ Werk gerelateerd ☐ Ander: _____
Datum van blessure: _____ Verzekeringsmaatschappij die claim behandelt: _____
Naam advocaat / schade-expert: _____ Telefoonnummer: _____

Ik verklaar dat ik de bovenstaande vragen heb gelezen en begrepen. Ik erken dat mijn eventuele vragen over de hierboven uiteengezette vragen naar tevredenheid zijn beantwoord. Ik zal mijn chirurg, of enig ander lid van zijn staf, niet aansprakelijk stellen voor fouten of weglatingen die ik heb gemaakt bij het invullen van dit formulier.

Handtekening van de patiënt (of wettelijke voogd).

Datum

Deel A: Patiënt geeft toestemming

Naam:

Adres:

Telefoon:

E-mail:

Patiëntnummer:

Burgerservicenummer:

Deel B: Aan de patiënt - Lees de volgende verklaringen aandachtig door.

► **Doel van toestemming:** Door dit formulier te ondertekenen, gaat u akkoord met het gebruik en de openbaarmaking van uw beschermde gezondheidsinformatie voor het uitvoeren van behandelingen, betalingsactiviteiten en gezondheidszorgactiviteiten.

► **Kennisgeving van privacypraktijken:** U heeft het recht om onze Kennisgeving over privacypraktijken te lezen voordat u besluit of u deze toestemming wilt ondertekenen. Onze Verklaring geeft een beschrijving van onze behandeling, betalingsactiviteiten en gezondheidszorgactiviteiten, van het gebruik en de openbaarmakingen die we kunnen maken van uw beschermde gezondheidsinformatie, en van andere belangrijke zaken over uw beschermde gezondheidsinformatie. Bij deze toestemming is een kopie van onze Kennisgeving gevoegd. Wij raden u aan deze zorgvuldig en volledig te lezen voordat u deze toestemming ondertekent.

We behouden ons het recht voor om onze privacypraktijken te wijzigen, zoals beschreven in onze Kennisgeving over privacypraktijken. Als we onze privacypraktijken wijzigen, zullen we een herziene verklaring over privacypraktijken uitgeven, waarin de wijzigingen zijn opgenomen. Deze wijzigingen kunnen van toepassing zijn op al uw beschermde gezondheidsinformatie die wij bijhouden.

U kunt op elk gewenst moment een kopie verkrijgen van onze Kennisgeving over privacypraktijken, inclusief eventuele herzieningen van onze Verklaring, door contact op te nemen met:

Contactpersoon: Paul T., Timothy J. en Paul Casey Fallon
Telefoon: (315) 451-6988 **Fax:** (315) 453-0150

Adres: 4820 West Taft Road, Liverpool, NY 13088

► **Recht op herroeping:** U heeft het recht om deze toestemming op elk moment in te trekken door ons schriftelijk op de hoogte te stellen van uw intrekking, ingediend bij de hierboven genoemde Contactpersoon. Begrijp alstublieft dat intrekking van deze toestemming gevolgen heeft *niet* van invloed zijn op de actie die we hebben ondernomen op basis van deze toestemming voordat we uw intrekking ontvingen, en dat we kunnen weigeren u te behandelen of u verder te behandelen als u deze toestemming intrekt.

► **Kosten en betalingen:** Hoewel wij betalingen van uw verzekeringsmaatschappij op uw rekening accepteren, bent u verantwoordelijk voor uw volledige rekening. Ik ben me ervan bewust dat ze Master Card en Visa accepteren. **WIJ ZIJN EEN NIET DEELNEMENDE AANBIEDER VOOR ELKE VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ.** Ik ben mij er ook van bewust dat mijn saldo binnen drie (3) maanden vanaf de dag van de behandeling moet worden verrekend. Ik realiseer me dat in het geval dat mijn rekening achterstallig is en wordt overgedragen voor incasso, ik ermee akkoord ga de incassokosten te betalen op basis van mijn openstaande bedrag. Deze handtekening in ons bestand is mijn toestemming voor het vrijgeven van informatie die nodig is om mijn claim te verwerken. Hierbij machtig ik de betaling aan deze arts met vermelding van de uitkeringen die anders aan mij verschuldigd zijn.

HANDTEKENING VAN GARANTIE:

Datum:

► **Handtekening:** Ik, _____, heb alle gelegenheid gehad om de inhoud van dit toestemmingsformulier en uw Kennisgeving over privacypraktijken te lezen en te overwegen. Ik begrijp dat ik, door dit toestemmingsformulier te ondertekenen, toestemming geef voor uw gebruik en openbaarmaking van mijn beschermde gezondheidsinformatie voor het uitvoeren van behandelingen, betalingsactiviteiten en gezondheidszorgoperaties.

Handtekening:

Datum:

Als deze toestemming namens de patiënt is ondertekend door een persoonlijke vertegenwoordiger, vult u het volgende in: **Naam**

van de persoonlijke vertegenwoordiger:

Relatie tot de patiënt:

U HEBT RECHT OP EEN KOPIE VAN DEZE TOESTEMMING NADAT U HEM ONDERTEKENT.

► **Intrekking van toestemming:** Ik trek mijn toestemming in voor uw gebruik en openbaarmaking van mijn beschermde gezondheidsinformatie voor behandelingen, betalingsactiviteiten en gezondheidszorgactiviteiten.

Ik begrijp dat de intrekking van mijn toestemming zal plaatsvinden *niet* van invloed zijn op de actie die u heeft ondernomen op basis van mijn toestemming voordat u deze schriftelijke kennisgeving van intrekking ontving. Ik begrijp ook dat u kunt weigeren mij te behandelen of door te gaan met behandelen nadat ik mijn toestemming heb ingetrokken.

Getuige

Patiënt, ouder of voogd

Datum

Getuige

Arts

Naam van de patiënt

Datum

Paragraaf elke paragraaf na het lezen. Als u vragen heeft, raadpleeg dan uw arts VOORDAT u gaat paraferen.

Het trekken van tanden is een onomkeerbaar proces en, of het nu routinematig of moeilijk is, een chirurgische ingreep. Zoals bij elke operatie zijn er enkele risico's. Ze omvatten, maar zijn niet beperkt tot, het volgende:

- _____ 1. Zwelling en/of blauwe plekken en ongemak in het operatiegebied.
- _____ 2. Het strekken van de mondhoeken, waardoor barsten of blauwe plekken ontstaan.
- _____ 3. Mogelijke infectie die aanvullende behandeling vereist.
- _____ 4. Droge socket - kaakpijn die een paar dagen na de operatie begint en meestal extra zorg vereist. Het komt vaker voor bij lagere extracties, vooral verstandskiezen.
- _____ 5. Mogelijke schade aan aangrenzende tanden, vooral die met grote vullingen of kappen.
- _____ 6. Gevoelloosheid, pijn of veranderde gevoelens in de tanden, het tandvlees, de liptong (inclusief mogelijk verlies van smaaksensatie) en kin, als gevolg van de nabijheid van de tandwortels (vooral verstandskiezen) bij de zenuwen, die gekneusd of beschadigd kunnen raken. Bijna altijd keert het gevoel terug naar normaal, maar in zeldzame gevallen kan het verlies permanent zijn.
- _____ 7. Trismus - beperkte kaakopening als gevolg van ontsteking of zwelling, meestal na verwijdering van verstandskiezen. Soms is het een gevolg van kaakgewrichtsongemak (TMJ), vooral als de TMJ-ziekte al bestaat.
- _____ 8. Bloedingen - aanzienlijke bloedingen komen niet vaak voor, maar aanhoudend sijpelen kan gedurende enkele uren worden verwacht.
- _____ 9. Er kunnen later scherpe randen of botsplinters ontstaan aan de rand van de koker. Deze vereisen meestal nog een operatie om glad te strijken of te verwijderen.
- _____ 10. Onvolledige verwijdering van tandfragmenten - om letsel aan vitale structuren zoals zenuwen of sinus te voorkomen, kunnen soms kleine wortelpunten op hun plaats blijven zitten.
- _____ 11. Betrokkenheid van de sinussen - de wortels van de bovenrugtanden bevinden zich vaak dicht bij de sinus en soms kan een stukje wortel in de sinus worden verplaatst of kan er een opening in de mond ontstaan die mogelijk extra zorg nodig heeft.
- _____ 12. Kaakfractuur - hoewel vrij zeldzaam, is het mogelijk bij moeilijke of diepgewortelde tanden.

Tanden die verwijderd moeten worden: _____

Alternatieve behandeling: _____

ANESTHESIE:

LOKALE ANESTHESIE: (Novocaïne, Lidocaïne, enz.) wordt gegeven om pijnpaden in een gelokaliseerd gebied te blokkeren.

LOKALE ANESTHESIE MET STIKSTOFOXIDE: Lachgas (of lachgas) helpt ongemakkelijke gevoelens te verminderen en biedt een zekere mate van ontspanning.

LOKALE INTRAVENEUZE SEDATIE OF ALGEMENE ANESTHESIE: verandert uw bewustzijn van de procedure door sedatieve/ amnesische effecten of slaap te veroorzaken.

Welke techniek u ook kiest, het toedienen van medicijnen brengt bepaalde risico's met zich mee. Deze omvatten:

1. Misselijkheid en braken.
2. Een allergische of onverwachte reactie. Indien ernstig kunnen allergische reacties ernstigere ademhalings- (long) of cardiovasculaire (hart) problemen veroorzaken, waarvoor mogelijk behandeling nodig is.

Daarnaast kan er sprake zijn van:

1. Pijn, zwelling, ontsteking of infectie van het injectiegebied.
2. Letsel aan zenuwen of bloedvaten in het gebied.
3. Desoriëntatie, verwarring of langdurige slaperigheid na de operatie
4. Cardiovasculaire of respiratoire reacties die kunnen leiden tot een hartaanval, beroerte of overlijden.

Gelukkig komen deze complicaties en bijwerkingen niet vaak voor. Goed gecontroleerde anesthesie is over het algemeen zeer veilig, comfortabel en wordt goed verdragen. Als u vragen heeft, kunt u deze gerust stellen .

Ik heb het bovenstaande gelezen en begrepen en geef mijn toestemming voor:

- ... Plaatselijke verdoving
- ... Lokale anesthesie met lachgas/zuurstof-analgesie
- ... Lokale anesthesie met intraveneuze sedatie
- ... Narcose

TOESTEMMING VOOR ANESTHESIE EN HET TREKKEN VAN TANDEN

Pagina 3 van 3



TOESTEMMING

Ik heb het bovenstaande gelezen en begrepen en geef toestemming voor een operatie. Ik verklaar verder dat als ik IV-sedatie of algemene anesthesie heb, ik HEB GEEN VASTE STOFFEN OF VLOEISTOFFEN VIA DE MOND GEHADZES (6) UUR VOORAFGAAND AAN DE CHIRURGIE. ANDERS DOEN KAN LEVENSBEDREIGEND ZIJN! Ik ga ermee akkoord dat ik niet zelf naar huis rijd en dat een verantwoordelijke volwassene mij vergezelt totdat ik hersteld ben van mijn medicijnen. Ik heb een volledige en waarheidsgetrouwe medische geschiedenis gegeven, inclusief alle medicijnen, drugsgebruik, zwangerschap, enz. Ik verklaar dat ik Engels spreek, lees en schrijf.

Handtekening van de patiënt (of wettelijke voogd).

Datum

Handtekening van de dokter

Datum

Getuige handtekening

Datum

Pagina 1 van 1

[illegible]