



DR. YU &amp; MEDEWERKERS

HET UITOEFENEN VAN DE KUNST VAN PERIODONTICA &amp; IMPLANTOLOGIE

DAVID H. YU, DDS, MS NICOLE  
S. LITIZZETTE, DDS, MS

## PATIËNTENREGISTRATIE

**Patiënt informatie:**

Voornaam: \_\_\_\_\_ Achternaam: \_\_\_\_\_ Voorkeursnaam: \_\_\_\_\_  
 Adres: \_\_\_\_\_ Stad, staat,  
 postcode: \_\_\_\_\_ Telefoon thuis:  
 \_\_\_\_\_ Telefoon werk: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Mobiele telefoon: \_\_\_\_\_  
 Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Soc Sec #: \_\_\_\_\_ Rijbewijs: \_\_\_\_\_ E-  
 mailadres \_\_\_\_\_  
 Seks: ☐ Mannelijk ☐ Vrouwelijk  
 Burgerlijke staat: ☐ Getrouwd ☐ Enkel ☐ Ander

Naam contactpersoon voor noodgevallen: \_\_\_\_\_  
 Relatie met de patiënt: \_\_\_\_\_ Telefoonnummer  
 voor noodgevallen: \_\_\_\_\_ Naam van de  
 verwijzende tandarts: \_\_\_\_\_  
 Naam en telefoonnummer van de arts: \_\_\_\_\_

**Voorkeursapothek:**

Naam: \_\_\_\_\_ Locatie (kruispunt): \_\_\_\_\_

**Verantwoordelijke partij:**(indien anders dan patiënt)

Relatie met de patiënt: ☐ Echtgenoot ☐ Ouder ☐ Anders \_\_\_\_\_  
 Voornaam: \_\_\_\_\_ Achternaam: \_\_\_\_\_  
 Adres (indien anders dan hierboven): \_\_\_\_\_ Stad, staat,  
 postcode: \_\_\_\_\_  
 Telefoon thuis: \_\_\_\_\_ Mobiel: \_\_\_\_\_

**Informatie over tandartsverzekeringen:**

Naam verzekeringsmaatschappij: \_\_\_\_\_ Ins. Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Ins.  
 Bedrijfsadres: \_\_\_\_\_ Stad, staat, postcode:  
 \_\_\_\_\_ Werkgever:  
 \_\_\_\_\_ Groepsnr.: \_\_\_\_\_  
 Naam verzekeringnemer: \_\_\_\_\_ Geboortedatum verzekeringnemer: \_\_\_\_\_  
 Verzekeringnemer Soc. Sec. # of lid-ID: \_\_\_\_\_