



# Jeugd tandverzorging

## Inschrijfformulier

De Jeugd tandverzorging is bedoeld voor kinderen van 2 tot 18 jaar. Met plezier begeleiden wij kinderen en ouders op weg naar een goede mondgezondheid. De nadruk ligt bij ons op preventie zoals voorlichting over mondverzorging, voeding, poetsles en het geven van fluoride voor een sterk gebit.

### De voordelen van Jeugd tandverzorging zijn:

- Uw kind voelt zich veilig en vertrouwd bij onze behandelaars.
- Ons hele team kiest er bewust voor om met kinderen te werken.
- Wij laten kinderen spelenderwijs kennis maken met de tandarts.
- We hebben veel ervaring in het begeleiden en behandelen van kinderen met gedragsproblemen, angst, Autisme Spectrum Stoornissen (ASS) en (meervoudige) beperkingen.
- De behandeling vindt plaats in onze tandartsbus bij de basisschool van uw kind of in het behandelcentrum in Enschede of Almelo.
- Na de controle geven wij uw kind een verslag mee zodat u op de hoogte bent van de mondgezondheid van uw kind. U kunt natuurlijk ook bij ieder tandartsbezoek zelf aanwezig zijn.

De tandartskosten voor kinderen tot de leeftijd van 18 jaar worden vanuit de basisverzekering vergoed. Voor deze kosten geldt geen eigen risico. Kosten voor een beugel en kroon- en brugwerk vallen niet onder de basisverzekering. Gemeenten, scholen en tandartsen staan achter de opzet van de Jeugd tandverzorging.

### De gegevens van mijn kind:

Achternaam: \_\_\_\_\_ Roepnaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Burgerservicenummer: \_\_\_\_\_

Geslacht: jongen / meisje \_\_\_\_\_

Straat: \_\_\_\_\_ Huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Verzekeraar: \_\_\_\_\_ Verzekeringsnummer: \_\_\_\_\_

Mijn kind is patiënt bij huisarts: \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_ Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Wat kan verder van belang zijn voor een deskundige behandeling van uw kind?

\_\_\_\_\_

Naar welke school gaat uw kind? \_\_\_\_\_

In welke groep zit uw kind? \_\_\_\_\_

Ondergetekende wenst zijn/haar kind te laten deelnemen aan Jeugd tandverzorging en deelt mede:

Gebruik te gaan maken van de haal- en brengservice die Jeugd tandverzorging biedt.

Aanwezig te willen zijn bij de behandeling/controle van zijn/haar kind.

Met dit aanmeldformulier geeft u Jeugd tandverzorging toestemming om de behandelingen uit te voeren die volgens ons noodzakelijk zijn voor de mondgezondheid van uw kind. Daarbij kunnen ook röntgenfoto's gemaakt worden.

De behandelingen die worden uitgevoerd zijn alleen behandelingen die vergoed worden door uw zorgverzekering.

Plaatsnaam \_\_\_\_\_ Naam \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Handtekening \_\_\_\_\_

U kunt het ingevulde formulier afgeven in onze praktijk of in een gesloten envelop (zonder postzegel) versturen naar:  
Jeugd tandverzorging, Antwoordnummer 3333, 7500 WB Enschede

# Medische vragenlijst

1. **Naam patiënt:** \_\_\_\_\_
2. **Geboortedatum:** \_\_\_\_\_
3. **Is uw kind (nu of vroeger) onder behandeling of controle bij een (kinder)arts, psycholoog of specialist?** **JA/NEE**  
Welk ziekenhuis? \_\_\_\_\_  
Welke arts? \_\_\_\_\_  
Waarvoor? \_\_\_\_\_
4. **Heeft uw kind longziekten of luchtwegafwijkingen (COPD, astma, bronchitis, vaak hoesten, longontstekingen)?** **JA/NEE**  
**Zo ja,**  
Heeft uw kind daar nu last van? ja/nee  
Helpen medicijnen voldoende? ja/nee  
Is uw kind snel kortademig? ja/nee
5. **Heeft uw kind een hartruis of een aangeboren hartafwijking? Zo ja,** **JA/NEE**  
**Heeft uw kind acuut reuma gehad? Zo ja?** **JA/NEE**  
Zijn er bij de tandheelkundige behandelingen antibiotica nodig? ja/nee  
Zijn er klachten ten gevolge van de hartafwijking? ja/nee
6. **Heeft uw kind een hartoperatie ondergaan? Zo ja,** **JA/NEE**  
Waarvoor? \_\_\_\_\_  
Heeft uw kind een kunsthartklep gekregen? ja/nee  
Zijn er na de ingreep klachten gebleven? ja/nee
7. **Heeft uw kind hartritme problemen? Zo ja,** **JA/NEE**  
Kan uw kind niet aan alle activiteiten meedoen? ja/nee  
Moet uw kind tijdens aanvallen gaan zitten of liggen? ja/nee
8. **Heeft uw kind epilepsie? Zo ja,** **JA/NEE**  
Wordt er regelmatig gewisseld van medicijnen? ja/nee  
Heeft uw kind ondanks de medicijnen regelmatig last van aanvallen? ja/nee
9. **Heeft uw kind suikerziekte? Zo ja,** **JA/NEE**  
Wordt er insuline gebruikt? ja/nee  
Is uw kind vaak ontregeld (hypo-, hyperglykemie)? ja/nee
10. **Heeft uw kind bloedarmoede met klachten? Zo ja,** **JA/NEE**  
Is uw kind vaak moe of duizelig? ja/nee  
Komt in de familie een erfelijke bloedarmoede voor? ja/nee
11. **Is bij uw kind een bloedingneiging vastgesteld? Zo ja,** **JA/NEE**  
Genezen wondjes langzaam of blijven wondjes lang nabloeden? ja/nee  
Krijgt uw kind zonder stoten blauwe plekken of spontaan een bloedneus? ja/nee  
Komt er in de familie een bloedingneiging voor? ja/nee
12. **Heeft uw kind op dit moment een besmettelijke ziekte? Zo ja,** **JA/NEE**  
Welke? \_\_\_\_\_
13. **Heeft uw kind kinderziekten gehad? Zo ja,** **JA/NEE**  
Welke? \_\_\_\_\_  
Heeft uw kind regelmatig infecties, bijv. oorontstekingen (gehad)? ja/nee  
Welke? \_\_\_\_\_
14. **Heeft uw kind op dit moment een leverziekte? Zo ja,** **JA/NEE**  
Is het hiervoor opgenomen geweest in het ziekenhuis? ja/nee  
Wordt daarvoor een dieet of medicijnen gebruikt? ja/nee  
Is uw kind drager van een Hepatitis virus? ja/nee
15. **Is uw kind allergisch? Zo ja,** **JA/NEE**  
Waarvoor? Pollen en grassen (hooikoorts)/ Rubber/latex/ Jodium/ Pleisters/ Soja/ Gluten/  
Verdoving/ Antibiotica (penicilline)  
Anders nl. \_\_\_\_\_  
Gebruikt uw kind medicijnen tegen de allergie? Zo ja, ja/nee  
Welke medicijnen? \_\_\_\_\_
16. **Heeft uw kind ooit onverwachte reacties gehad tijdens of na de tandheelkundige behandeling? Zo ja,** **JA/NEE**  
Welke complicaties? \_\_\_\_\_  
Bij welke tandarts? \_\_\_\_\_
17. **Krijgt uw kind medicijnen? (bijv. via huisarts of specialist)? Zo ja,** **JA/NEE**  
Welke? \_\_\_\_\_
18. **Heeft uw kind nog ziekten waar niet naar gevraagd is? Zo ja,** **JA/NEE**  
Welke? \_\_\_\_\_
19. **Heeft uw kind andere bijzonderheden waar we rekening mee moeten houden, zoals bijv. autisme, PDD-nos, ADHD, angst? Zo ja,** **JA/NEE**  
Welke? \_\_\_\_\_
20. **Handtekening:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_