

inschrijfformulier*

Naam:

Geboorte datum:

Extra tel nr:

email adres:

Naam, plaats en tel nr huisarts:

Heeft u er bezwaar tegen als wij contact opnemen met uw huisarts: ja/nee

Bent u akkoord met evt video-opnames voor onderwijsdoeleinden? ja/nee

Wij sturen gegevens per mail naar uw verwijzend tandarts. Akkoord: ja/nee

Bekend bij ziekenhuis? ja/nee

Welke specialist?:

Is uw kind onder behandeling bij een logopedist? ja/nee

Is uw kind onder behandeling bij een orthodontist? ja/nee

Is uw kind onder behandeling bij een psycholoog? ja/nee

Reden komt kinderverwijspraktijk:

.....

.....

Medische vragenlijst

De ziektegeschiedenis van uw kind, eventuele allergieën en het gebruik van geneesmiddelen kunnen van belang zijn voor de behandeling bij de tandarts.

Wilt u daarom onderstaande lijst in vullen?

* Is uw kind wel eens opgenomen in het ziekenhuis? ja/nee

* Is uw kind ergens allergisch voor? ja/nee

Zo ja, waarvoor?

* Heeft uw kind een aangeboren hartafwijking? ja/nee

* Heeft uw kind epilepsie/vallende ziekte? ja/nee

* Heeft uw kind astma/COPD/chronische longziekte ja/nee

* Heeft uw kind suikerziekte, diabetes/mellitus ja/nee

Gebruikt uw kind daarbij insuline? ja/nee

* Heeft uw kind bloedarmoede/anemie? ja/nee

* Heeft uw kind hepatitis of een andere leverziekte? ja/nee

* Heeft uw kind een nierziekte? ja/nee

* Heeft uw kind problemen met voeding, maag- darmklachten ja/nee

* Is uw kind hyperactief, of heeft het andere gedragsproblemen? ja/nee

Zo ja, welke?

* Bezoekt uw kind speciaal onderwijs of een medisch kinderdagverblijf? ja/nee

* Gebruikt uw kind momenteel medicijnen (denk ook aan pufjes) ja/nee

Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen uw kind gebruikt:

.....

.....



f/m 4 jaar

Evaluatievragenlijst tandarts-angst

Graag willen we eventuele angst van uw kind helpen verminderen óf voorkomen. Vul daarom het angstniveau dat u denkt dat uw kind zou hebben in onderstaande situaties, ook als het nog nooit voorgekomen is. Kies het antwoord dat het meest overeenkomt met het gevoel van uw kind. Er is geen goed of fout antwoord.

Vindt u het goed dat we de gegevens in een anoniem onderzoek betrekken? Plaats dan uw handtekening hieronder. De vragen aan het begin maken deel uit van de lijst.

In welk land is uw kind geboren:

In welk land is de (biologische) vader van uw kind geboren:

In welk land is de (biologische) moeder van uw kind geboren:

Hoogst afgeronde opleiding vader: Basisonderwijs/geen VMBO/MAVO
 HAVO/VWO MBO
 HBO Universitaire opleiding

Hoogst afgeronde opleiding moeder: Basisonderwijs/geen VMBO/MAVO
 HAVO/VWO MBO
 HBO Universitaire opleiding

Beroep vader/moeder:

Datum van invullen:

Ingevuld door: vader/moeder/ander*

Handtekening

.....

I. Hoe bang is uw kind voor:

	helemaal niet bang 1	klein beetje bang 2	behoorlijk bang 3	erg bang 4	heel erg bang 5
1. Voor het eerst naar school gaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Dokters	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Injecties/prikken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Haren knippen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Haren wassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Nagels knippen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Water	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Nieuwe dingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Insecten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Pillen slikken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Neusdruppels krijgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Uit logeren gaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Douchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Een zetpil nemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Plotseling geluid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

II. Hoe bang bent u zelf om naar de tandarts te gaan?

Kruis aan op de volgende schaal

1 helemaal niet bang 5 heel erg bang

