



Tandartspraktijk Hanne Pellens en co

Tandarts Hanne Pellens

Molemstraat 19, 3560 Lummen

Tel: 013 30 23 87

E-mail: info@pellenshannetandarts.com

Website: www.tandartshannepellens.be

Intake osteo volwassenen

Persoonlijke gegevens:

Naam patiënt: _____

Geboortedatum: _____

Huidige datum: _____

Medische gegevens:

Kaak:

Zijn er klachten van de kaak? JA / NEE

Zo ja, wanneer (in de ochtend, avond, na het eten, na lang spreken)?

Wat is de aard van de klacht (zeurend, stekend, uitstralingspijn)?

Wanneer zijn de klachten begonnen? _____

Mondopeningsbeperking: JA / NEE

Klikken van de kaak: JA / NEE

Pijn: JA / NEE

Kaakklemmen of knarsen: JA / NEE

Hoofdpijn: JA / NEE

Oorpijn: JA / NEE

Opbeetplaat: JA / NEE

Nagelbijten, lipbijten, duwen met de tong tegen kaak,...: JA / NEE

Opmerkingen: _____

Orthodontie:

Heeft u ooit ortho gehad? JA / NEE
Zo ja, wat hebben ze moeten doen? _____

Algemene klachten:

Vul de klachten aan bij onderstaande lijst, noteer wanneer deze klachten optreden (welk moment van de dag bv bij het opstaan, na zitten, na sport, na lang wandelen,..) en wat de aard van de klachten zijn (bv zeurend, stekend, uitstraling etc).

Nek: _____

Rug: _____

Heup: _____

Knie: _____

Voet: _____

Andere: _____

NKO:

Heeft u neus-keel-oorklachten of in het verleden gehad? JA / NEE

Heeft u hiervoor een operatie ondergaan? JA / NEE

Zo ja, welke? _____

Neemt u hiervoor medicatie? JA / NEE

Zo ja, welke? _____

Heeft u reeds logopedie voor stem of spraak gevolgd? JA / NEE

Slaap:

Hoe verloopt de slaap? _____

Zijn er moeilijkheden met inslapen of doorslapen? JA / NEE

Wordt u in de nacht vaak wakker? JA / NEE

Snurkt u? JA / NEE

Bent u vermoeid in de ochtend? JA / NEE

Heeft u al ooit een slaaponderzoek gehad? JA / NEE

Opmerkingen: _____

Ademhaling:

Ademt u door de neus? JA / NEE

Ademt u door de mond? JA / NEE

Opmerkingen: _____

Sport:

Sport u? JA / NEE

Zo ja, welke sport? _____

Hoe vaak per week sport u? _____

Zijn er regelmatig blessures? JA / NEE

Zo ja, waar? _____

Opmerkingen: _____

Steunzolen:

Heeft u steunzolen? JA / NEE

Zo ja, wat is de reden? _____

Van waar komen de steunzolen? _____

Hoe lang draag u deze al? _____

Is er beterschap met de steunzolen? _____

Opmerkingen: _____

Job (indien van toepassing):

Welke soort (zittend, staand, auto, bureau, fysiek zwaar)? _____

Moet u uw stem veel gebruiken? JA / NEE

Kine-osteo-acupunctuur-andere:

Bent u al ooit ergens in behandeling geweest JA / NEE

Zo ja, waarvoor? _____

Heeft u al ooit oefeningen moeten doen? JA / NEE

Zo ja, welke? _____

Zijn er na het lezen van de vragenlijst nog dingen die belangrijk kunnen zijn?
