



Naam: Roepnaam: Geboortedatum:

Hoe zou u uw gebit beoordelen? Perfect ☐ Goed ☐ Oke/functioneel ☐ slecht ☐

Vorige tandarts Hoe lang bent u daar patiënt geweest?

Datum meest recente bezoek Datum meest recente röntgenfoto's

Normaal gesproken zie ik mijn tandarts iedere 3 mnd. ☐ 4 mnd. ☐ 6 mnd. ☐ 12 mnd. ☐ Niet regelmatig ☐

Wat is op dit moment het meest belangrijke in uw gebit? (Bijv. Pijn/stukje af/esthetische verbetering)?
.....

Welk beroep heeft u? Bespeelt u een blaasinstrument. Zo ja, welke?

JA NEE

Persoonlijke geschiedenis:

1. Bent u bang voor een bezoek aan de tandarts? Hoe bang, op een schaal van 1 (nauwelijks) tot 10 (verschrikkelijk)
2. Heeft u een nare ervaring gehad bij een tandarts in het verleden? ☐
3. Zijn er ooit complicaties geweest tijdens een tandheelkundige behandeling? ☐
4. Is het moeilijk u te verdoven of heeft u ooit een reactie gehad op lokale verdoving? ☐
5. Heeft u ooit een beugel gehad (orthodontische behandeling) of een beetcorrectie? ☐
6. Zijn er bij u kiezen getrokken en/of kiezen niet gekomen/ontwikkeld? ☐

Tandvlees:

7. Bloedt uw tandvlees of is het pijnlijk als u poetst of flosst? ☐
8. Bent u ooit behandeld voor tandvleesproblemen of heeft iemand u ooit verteld over botverlies/pockets? ☐
9. Heeft u/uw partner ooit een slechte adem opgemerkt? ☐
10. Is er iemand met tandvlees problemen in uw familie? ☐
11. Heeft u terugtrekkend tandvlees (-gehad)? ☐
12. Heeft u ooit losse tanden gehad (zonder een ongeluk o.i.d.), of heeft u moeite om een appel te eten? ☐
13. Heeft u een brandend gevoel in uw mond? ☐
14. Heeft u het gevoel te weinig speeksel in uw mond te hebben of heeft u moeilijkheden met het doorslikken van eten? ☐

Tanden en kiezen:

15. Heeft u gaatjes gehad in de afgelopen 3 jaar? ☐
16. Voelt u of merkt u dat er putjes of kraters op het kauw oppervlak van uw kiezen/tanden zit? ☐
17. Zijn er tanden gevoelig met warm, koud, zoet, bijten of vermijdt u stukken tijdens het poetsen? ☐
18. Heeft u groefjes of randjes bij uw tandvlees in de buurt? ☐
19. Heeft u ooit gebroken kiezen, stukjes af, gebroken vulling of pijn gehad in tanden/kiezen? ☐
20. Komt er vaak eten tussen uw tanden of kiezen? ☐

Lach:

21. Is er iets aan de verschijning van uw tanden dat u zou willen veranderen? ☐
22. Heeft u ooit uw tanden gebleekt? ☐
23. Heeft u zich ooit onzeker of oncomfortabel gevoeld over uw tanden? ☐
24. Bent u ooit teleurgesteld door werk van een eerdere tandarts/orthodontist? ☐



JA NEE

Beet en kaakgewricht:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 25. Heeft u problemen met uw kaakgewricht?
(pijn, kaakgewrichtsgeluiden/kaakknop, beperkte mondopening) | ☐ | ☐ |
| 26. Heeft u het gevoel dat uw onderkaak naar achteren gedrukt wordt als u uw kiezen op elkaar wilt zetten? | ☐ | ☐ |
| 27. Vermijdt u of heeft u moeite met het kauwen van kauwgom, wortels, nootjes, stokbrood of ander hard eten? | ☐ | ☐ |
| 28. Zijn uw tanden in de afgelopen 5 jaar veranderd, korter geworden, gerafeld, dunner? | ☐ | ☐ |
| 29. Zijn uw tanden meer over elkaar heen-, scheef over overlappend geworden? | ☐ | ☐ |
| 30. Zijn er ruimtes ontstaan in uw gebit of tanden/kiezen losser gaan staan? | ☐ | ☐ |
| 31. Heeft u meer dan één manier om dicht te bijten, moet u knijpen of schuiven om de kiezen op elkaar te krijgen? | ☐ | ☐ |
| 32. Duwt u uw tong tegen de tanden aan of tussen de tanden (gewoon en/of tijdens slikken?) | ☐ | ☐ |
| 33. Bijt u nagels of velletjes, gebruikt u uw tanden om flesjes open te maken? Of heeft u andere gewoonten (bijv. duimen)? | ☐ | ☐ |
| 34. Klemt u overdag uw kiezen op elkaar of zijn uw tanden gedurende de dag gevoelig? | ☐ | ☐ |
| 35. Heeft u andere problemen met slapen (bijv. rusteloosheid) of wordt u wakker met hoofdpijn? | ☐ | ☐ |
| 36. Heeft u of heeft u een nachtbitje gehad? (splint/nightguard) | ☐ | ☐ |

Handtekening: Datum:.....