

INSCHRIJFFORMULIER voor de Kliniek voor Orthodontie

PERSOONSgegevens

Naam en voorletters: _____

Voornaam: _____

Geslacht: man / vrouw Geb.datum: _____ / _____ / _____

Straat: _____ Postcode/Plaats: _____

Tel. Privé: _____

Tel. Werk: _____ Tel.mobiel: _____

Emailadres: _____ @ _____

Beroep: _____

BSN / Sofinummer: _____

Zorgverzekeraar: _____ Nummer: _____

Bij andere achternaam ouder-verzorger of adres voor de nota's, deze graag vermelden!!

Naam en voorletters: _____

Geslacht: man / vrouw

Straat: _____ Postcode/Plaats: _____

Tel. Privé: _____

Tel. Werk: _____ Tel.mobiel: _____

Huisarts: _____ Tel: _____

Straat: _____ Postcode/Plaats: _____

Specialist: _____ Tel: _____

Ziekenhuis: _____ plaats: _____

Tandarts: _____ Tel: _____

Straat: _____ Postcode/Plaats: _____

Datum: ____ / ____ / ____

HANDTEKENING:

Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim.

Binnen onze praktijk proberen we een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg te bieden. Verder willen we een kenniscentrum voor onze verwijzers zijn. Wij vragen u daarom formeel toestemming te geven om de gegevens van uw mondonderzoek en het effect van de behandeling te mogen gebruiken voor onderwijs en onderzoek, **Dit gebeurt natuurlijk geheel anoniem.** U zou ons, onze verwijzers en andere patiënten daar enorm mee helpen. Bent u hiermee akkoord? JA/NEE

Verklaring digitale verzending patiënt gegevens:

Ik geef de Kliniek voor Orthodontie Rotterdam B.V. toestemming mijn tandheelkundige gegevens digitaal (via E-mail) te sturen aan mijn tandarts, mondhygiënist en evt. mijn medisch specialist om hen zo over mij en mijn behandeling te informeren. JA/NEE