

Tandheelkundig Centrum Korte Akkeren  
Constantijn Huygensstraat 121e  
2802 LV Gouda  
Tel.: 0182-527142  
Fax: 0182-528156

## Inschrijfformulier

Naam:	.....	Adres:	.....
Tussenvoegsel:	.....	Postcode:	.....
Voornaam:	.....	Woonplaats:	.....
Initialen:	.....	E-mail:	.....
Geboortedatum:	.....	Telefoon:	.....
Geslacht:	Vrouw / Man	Mobiel:	.....
Nationaliteit:	.....	Tandartsverzekering:	Ja / Nee
Sofinummer:	.....	Verz. maatschappij:	.....
Id. legitimatie:	.....	Polisnummer:	.....

**Naam vorige tandarts:** .....

**Naam werkgever of uitkeringsinstantie:** .....

**Gebruikt U medicijnen:** Ja / Nee

Zo ja, geef aan welke medicijnen U gebruikt : .....

.....

**Bent U onder behandeling bij een specialist:** Ja / Nee

Zo ja, geef aan welke specialist en voor welke kwaal / aandoening .....

.....

**Bent U diabetisch of heeft U andere kwalen of ziekte's:** .....

.....

**Andere informatie over Uw gezondheid welke belangrijk kan zijn voor de tandarts:** .....

.....

Bij ondertekening verklaart U dat alle gegevens naar waarheid zijn ingevuld en de algemene voorwaarden van Astina Dental te hebben ontvangen en hiermede akkoord gaat.

Datum ..... Plaats .....

Handtekening patiënt .....

Bij minderjarige(n) dienen de ouder(s) of verzorger(s) het formulier in te vullen en te ondertekenen.  
Stuur een kopie van de volledige verzekerings polis en van Uw legitimatie bewijs mee.