

## Inschrijfformulier

Naam: ..... Adres: .....  
Tussenvoegsel: ..... Postcode: .....  
Voornaam: ..... Woonplaats: .....  
Initialen: ..... E-mail: .....  
Geboortedatum: ..... Telefoon: .....  
Geslacht: Man / Vrouw 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 ziektes:** .....

.....

**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 gelezen 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.