



**Tandartsenpraktijk
Van den Steen - Keersmaekers**

Geachte Mijnheer, Mevrouw,

gelieve dit formulier zo accuraat mogelijk in te vullen.

Alvast bedankt.

Naam en voornaam patiënt :

Geboortedatum :

Rijksregisternummer :

Naam huisarts :

Was uw zoon/dochter besmet met COVID 19, is hij/zij of iemand anders van het gezin de laatste 2 weken in contact gekomen met een COVID-19 patiënt of heeft uw zoon/dochter de laatste 2 weken mogelijke symptomen van COVID-19 gehad (koorts, aanhoudende hoest, verlies geur en/of smaak, verkoudheid) ?

Ja Neen

Werd uw zoon/dochter de afgelopen 2 jaar opgenomen in het ziekenhuis ?

Ja Neen

 Zo ja, waarom ?

Reageerde uw zoon/dochter ooit ongewoon of allergisch op bepaalde medicatie of verdoving ?

Ja Neen

 Zo ja, aan wat ?.....

Heeft uw kind andere gekende allergieën ?

Ja Neen

Heeft uw zoon/dochter een aandoening waarvoor ze in behandeling is bij een arts of in een ziekenhuis ?

Ja Neen

 Zo ja, welke en waar vindt de behandeling plaats ?



**Tandartsenpraktijk
Van den Steen - Keersmaekers**

Welke medicijnen neemt uw zoon/dochter ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum : / /

Naam ouder :

Handtekening