

NEW PATIENT INFORMATION / NUWE PASIËNT INFORMASIE

Dr J Damstra BChD(Pret); PDD(Stell); BSc(Hons)(Stell), MSc(Odont)(Pret); DOrth(Gron); PhD(Gron)

PATIENT PARTICULARS / PASIËNTBESONDERHEDE

Surname: Van :				Title: Titel :	
Full names: Volle name:				Age: Ouderdom:	
Identity or passport nr.: Identiteits of paspoort no.:				Citizenship: Burgerskap:	
Date of Birth: Geboortedatum:			Language: Huistaal:		
Your medical practitioner: U huisdokter:			Your dentist: U tandarts:		
E-mail address: E-pos adres:					
Postal address: Posadres:				POSTAL CODE: POSKODE:	
Residential address: Woonadres:				POSTAL CODE: POSKODE:	
Telephone nr.: Telefoon no.:	HOME/HUIS	CELLULAR/SELFOON	WORK/WERK		
Medical scheme : Mediese skema:			Membership nr.: Lidmaatskapno.:		
Occupation: Beroep:			Name of employer: Naam van werkgewer:		
Sports and hobbies: Sport en stokperdjies:					
Name of school: Naam van skool:					

PERSON LIABLE FOR PAYMENT / PERSOON VERANTWOORDELIK VIR BETALING

[IF DIFFERENT FROM PATIENT / INDIEN ANDERS AS PASIËNT]

Surname: Van :				Title: Titel :	
Full names: Volle name:					
Identity or passport nr.: Identiteits of paspoort no.:				Citizenship: Burgerskap:	
Date of Birth: Geboortedatum:			Language: Huistaal:		
Relationship to patient: Verwantskap met betrekking tot pasiënt:					
E-mail address: E-pos adres:					
Postal address: Posadres:				POSTAL CODE: POSKODE:	
Residential address: Woonadres:				POSTAL CODE: POSKODE:	
Telephone nr.: Telefoon no.:	HOME/HUIS	CELLULAR/SELFOON	WORK/WERK		
Medical scheme : Mediese skema:			Membership nr.: Lidmaatskapno.:		
Occupation: Beroep:			Name of employer: Naam van werkgewer:		

LEGAL GUARDIAN OF MINOR / WETTIGE VOOG VAN MINDERJARIGE

[IF DIFFERENT FROM PERSON LIABLE FOR PAYMENT / INDIEN ANDERS AS PERSOON VERANTWOORDELIK VIR BETALING]

Title, initials and surname: Titel, voorletters en van:					
Telephone nr.: Telefoon no.:	HOME/HUIS	CELLULAR/SELFOON	WORK/WERK		

OFFICE USE ONLY
KANTOOR GEBRUIK

PAN

CEPH

PHOTO

MODELS

WRIST

3D

PA X-RAY

PATIENT NR:

ACCOUNT NR:

Copyright:
J DAMSTRA

[TURN PAGE/BLAAI OM]

MEDICAL QUESTIONNAIRE OF PATIENT / GESONDHEIDSVRAELYS VAN PASIËNT
 [TICK THE APPROPRIATE BOX/MERK DIE TOEPASLIKE BLOKKIE]

1	Are you currently being treated by a dentist, medical practitioner or specialist? Word jy tans deur 'n tandarts, mediese dokter of spesialis behandel?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nee
2	Have you had or do you currently suffer from any of the following diseases? Het jy al een van die volgende siektes gehad, of ly jy tans aan een van die siektes?	PLEASE INDICATE IF <u>YES</u> GEE ASB AAN INDIEN <u>JA</u>	
	<input type="checkbox"/> Cancer / Kanker <input type="checkbox"/> Diabetes / Suikersiekte <input type="checkbox"/> Rheumatic fever/Rumatiekkors <input type="checkbox"/> Hepatitis (Jaundice / geelsug) <input type="checkbox"/> Heart Disease / Hart siektes <input type="checkbox"/> Sleep apnea / Slaap apnee <input type="checkbox"/> Asthma / Asma <input type="checkbox"/> Any syndrome / Enige sindroom <input type="checkbox"/> Aids / Vigs <input type="checkbox"/> Nickel allergy / Nikkel allergie <input type="checkbox"/> Other allergies / Ander allergië <input type="checkbox"/> Cleft lip & palate / Gesplete lip & verhemelte <input type="checkbox"/> Nasal congestion or chronic airway obstruction / Nasale kongestie of kroniese lugweg obstruksie <input type="checkbox"/> Blood pressure problems / Bloeddruk probleme		
3	Are you currently taking any medication? Neem u tans enige medikasie?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nee
4	Have you had your tonsils or adenoids removed? Is jou mangels of adenoïedes al verwyder?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nee
5	Have you had any jaw or facial surgery? Het jy al chirurgie aan jou kake of gesig gehad?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nee
6	Have you had any trauma to your teeth? Het jy al enige beserings aan jou tande gehad?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nee
7	Have you had previous orthodontic treatment? Het jy al voorheen ortodonsie gehad?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nee
8	Is there a family history of orthodontic problems (e.g. root resorption) ? Is daar 'n familie geskiedenis van ortodontiese probleme (b.v. wortelresorpsie)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nee
9	TICK ONLY IF APPLICABLE MERK ALLEEN INDIEN VAN TOEPASSING	<input type="checkbox"/> I am pregnant <input type="checkbox"/> Ek is swanger	<input type="checkbox"/> I am a smoker <input type="checkbox"/> Ek is 'n roker
10	Provide detail if you have answered YES to any of the medical questions. Verskaf besonderhede indien JA op enige van die mediese vrae beantwoord is.		

MAIN REASON FOR SEEKING ORTHODONTIC TREATMENT
HOOFREDE VIR ORTODONTIESE BEHANDELING

Please provide us with the most important reason(s) why YOU seek orthodontic treatment.
 Gee asseblief aan wat die hoofrede(s) is waarom JY graag ortodontiese behandeling wil hê.

<input type="checkbox"/> Unhappy with my smile / Ongelukkig met my glimlag <input type="checkbox"/> Overbite too big / Oorbyt te groot <input type="checkbox"/> Lower jaw is too small / Onderkaak te klein <input type="checkbox"/> Crowding of teeth (not enough room) / bondeling van tande (te min spasie) <input type="checkbox"/> Spaces between teeth (too much room) / Spasies tussen tande (te veel ruimte) <input type="checkbox"/> Teeth erupting in wrong places / Tande kom op verkeerde posisies uit <input type="checkbox"/> Front teeth too far forward / Voortande tande te veel na vore	<input type="checkbox"/> Unhappy with my bite / Ongelukkig met my byt <input type="checkbox"/> Overbite too small/ Oorbyt te klein <input type="checkbox"/> Lower jaw is too big / Onderkaak te groot <input type="checkbox"/> Teeth are skew / Tande is skeef <input type="checkbox"/> Referred by Dentist <input type="checkbox"/> Front teeth too far back / Voortande tande te veel na agter
<input type="checkbox"/> ANY OTHER REASONS: ENIGE ANDER REDES:	

*Please furnish the receptionist with your identity document and medical scheme card.
 Toon asseblief u identiteitsdokument en mediese skema kaart aan die ontvangsdame.*

I, the undersigned, hereby declare that all above-mentioned information is just and true. I accept all responsibility for payment of the full outstanding amount and for payment of any possible legal expenses due to non-payment of any outstanding accounts on attorney and client side. Outstanding accounts of older than 60 days will be handed over to our attorneys. Hiermee verklaar ek dat die inligting hierin genoem, waar en juis is. Ek aanvaar dat ek aanspreeklik is vir die betaling van die volle verskuldigde bedrag asook vir die moontlike regskoste aangegaan a.g.v. wanbetaling van enige rekening op prokureur- en kliënteskaal. Uitstaande rekeninge van ouer as 60 dae sal aan ons prokureurs oorhandig word.	SIGNATURE: HANDTEKENING: DATE: DATUM:
--	--