**Tandheelkundig letsel**

Invul datum :………………………………………………………………………………………………………………..

Wanneer is het gebeurd? Datum ………………………… tijdstip…………………………………………..

degene die het letsel betreft:

Naam :…………………………………………………………………………………………………………………………

Geboortedatum :…………………………………………………………………………………………………………..

Degene die dit formulier invult

Naam :………………………………………………………………………………………………………………………….

Relatie tot degene die het letsel betreft :……………………………………………………………………….

Indien u de ouder over directe verzorger bent, heeft u meer kinderen aan uw zorg toevertrouwd? Ja / nee

Wat is er gebeurd?............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Waar heeft dit plaats gevonden:……………………………………………………………………………………

Heeft u het zelf gezien? Ja / nee

Zo niet heeft iemand het zien gebeuren? Ja/ nee

Zo ja naam van degene die het heeft zien gebeuren :………………………………………………………

Wat is de relatie van deze persoon met degene die het letsel betreft ?.........................................

Is deze persoon ook meegekomen naar de tandartspraktijk?...........................................................

Dit heb ik naar waarheid ingevuld

Handtekening plaats

……………………………………… …………………………………………….