

Informatieformulier kaakorthopedische hulp

Ondergetekende verzoekt voor verzekerde:

Naam: _____ m/v

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Woonplaats: _____

(Plaats hier uw naamstempel)

Kaakorthopedische hulp

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Eigen tandarts / Verwijzing | <input type="radio"/> Kaakrelatie | <input type="radio"/> Verticale overbeet mm |
| <input type="radio"/> Verzekerde is eerder behandeld | <input type="radio"/> Sag. overbeet mm | <input type="radio"/> Verticale openbeet mm |
| <input type="radio"/> Functionele afwijking | <input type="radio"/> Omgekeerde sag. overbeet .. mm | <input type="radio"/> Dwangbeet |
| <input type="radio"/> Estetische afwijking | <input type="radio"/> Ruimtegebrek bovenkaak | <input type="radio"/> agnesie, el : ... |
| | <input type="radio"/> Ruimtegebrek onderkaak | |

Toe te passen apparatuur:

- uitneembaar _____ en/of gedeeltelijk vast _____ en/of volledig vast

Bijlagen: (deze hebben wij nodig bij de beoordeling van de aanvraag)

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="radio"/> OPG | <input type="radio"/> RSP | <input type="radio"/> modellen (evt digitaal) |
| <input type="radio"/> Behandelplan | <input type="radio"/> Tijdsduur behandeling | |

Toelichting:

Plaats en datum: _____ **Orthodontist** _____

Aantekening tandheelkundig adviseur

Advies is gebaseerd op:

- Gegevens aanvraag Modellen röntgenfoto's

Onderzoek verzekerde d.d. _____

Datum advies: _____

Toegestaan / afgewezen _____

Paraaf tandheelkundig adviseur _____