

## 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 \_\_\_\_\_