

Aevitae  
Postbus 2705  
6401 DE Heerlen

Dit formulier moet worden gebruikt voor het aanvragen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. Dit formulier moet worden ingevuld door de behandelend tandarts. Onvolledig ingevulde en niet ondertekende aanvragen kunnen wij niet in behandeling nemen.

## Aanvraag bijzondere tandheelkundige hulp

### 1 Verzekerde (patiënt)

Polisnummer:

Achternaam en voorletters: \_\_\_\_\_

Straatnaam / huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode / woonplaats:       \_\_\_\_\_

Door wie is de verzekerde naar het centrum verwezen  Huistandarts  Kaakchirurg  Orthodontist  \_\_\_\_\_

### 2 Behandelend tandarts

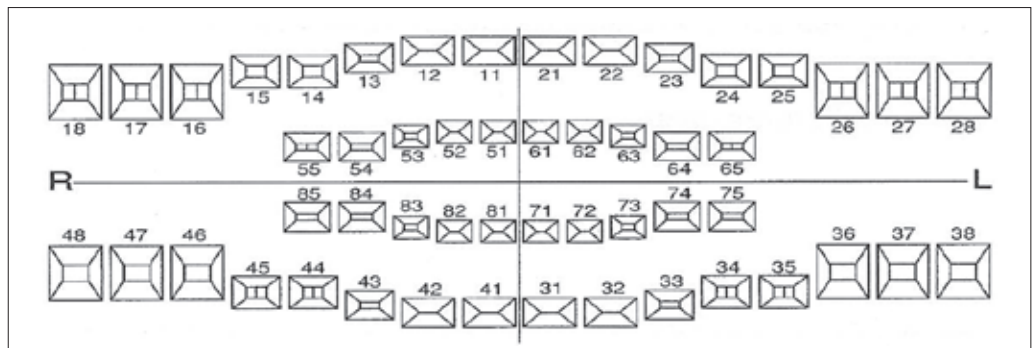
Naam: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Verbonden aan het centrum: \_\_\_\_\_

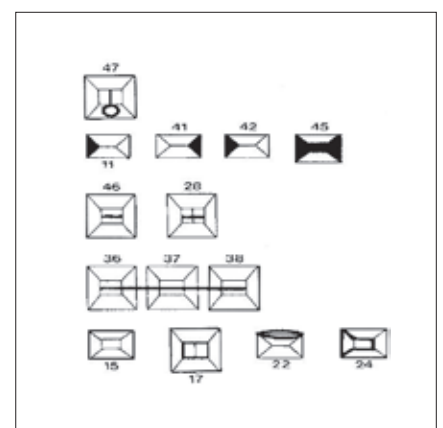
Telefoonnummer centrum: \_\_\_\_\_

### 3 Status praesens



Opmerkingen: \_\_\_\_\_

U WORDT VERZOCHT HET GEBITSDIAGRAM ALS VOLGT IN TE VULLEN:



#### 4 Gegevens over de tandheelkundige afwijking

- A De afwijking bestaat uit  Multipele agenesie  Cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschizis  
 Craniomandibulaire dysfunctie  Oro-maxillo-faciaal defect  
 Dento-alveolair defect

Waar is de afwijking gelokaliseerd:

---

---

---

- B Alleen in te vullen in geval van craniomandibulaire dysfunctie

Welke therapie is tot nu toe ingesteld:

---

Door wie?

---

Met welk resultaat?

---

#### 5 Behandelingsplan

Behandelingsplan:

---

---

---

---

---

---

---

---

Is kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk?  Ja  Nee

Is kaakchirurgische behandeling noodzakelijk?  Ja  Nee

Voor welk gedeelte van het hierboven vermelde behandelingsplan is centrumbehandeling geïndiceerd?

---

---

#### 6 Begroting

Geschat aantal behandelingsuren:	_____ X €	= €
Geschatte techniekkosten:		_____ €
		_____ Totaal €

#### 7 Ondertekening behandelend arts

Datum       -       -             Handtekening/naamstempel tandarts \_\_\_\_\_

#### 8 Verklaring verzekerde

Ik ga akkoord met de voorgestelde behandeling en geef de tandheelkundig adviseur van Zorgeloos toestemming nadere informatie in te winnen.

Datum       -       -             Handtekening/naamstempel tandarts \_\_\_\_\_

Vergeet u niet de röntgenfoto's mee te zenden? Wilt u op de envelop vermelden "Niet perforeren".