

Sectie Kindertandheelkunde

Tel. 020 59 80380 (patiënten)

Gegevens patiënt

Achternaam : _____ initialen : _____
 Meisjesnaam : _____ (indien van toepassing)
 Adres : _____
 Postcode en plaats : _____
 Geboortedatum : d/m/j _____ man vrouw
 Telefoonnummer(s) : privé/werk/mobiel _____ / _____ / _____
 E-mailadres : _____ BSN : _____
 Zorgverzekeraar : _____ polisnr: _____
 Patiënt is akkoord met digitale verzending:

Gegevens verwijzer (of stempel)

Naam tandarts : _____
 Adres : _____
 Postcode en plaats : _____
 Telefoonnummer : _____
 E-mailadres : _____ Datum verwijzing : _____

Heeft het kind nu kiespijn?

- Ja
 Nee

Hoe gedraagt het kind zich?

- Ontspannen, laat het over zich heen komen
 Nieuwsgierig en heeft veel vragen
 Erg zenuwachtig, veel tijd/geduld nodig
 Wordt bang in de stoel en durft de mond helemaal niet open te doen
 Werkt mee tot bepaald moment, maar slaat dan dicht. Reden:

- Wil niet naar de tandarts en protesteert al bij binnenkomst

Hoe heeft u de reactie van de ouders ervaren?

- De ouders houden zich op de achtergrond, laten de behandeling aan mij over
 De ouders stimuleren het kind op positieve wijze om door te zetten
 De ouders komen erg gespannen over

Zijn er carieuze elementen:

- Ja
 Nee

Wat is de reden van verwijzing:

- Consult
 Behandeling
 Röntgenfoto's en andere relevante foto's zijn digitaal bijgevoegd
 Röntgenfoto's en andere relevante foto's zijn bijgevoegd (deze worden retour gezonden)
 Specifieke vraag/aanvullende informatie

Vult u s.v.p. ook de "toelichting" in op achterzijde, om ons zo goed mogelijk te informeren.

z.o.z. voor routebeschrijving

