

Sectie Orale Diagnostiek

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 : _____

Reden van verwijzing

- Advies (**gaarne toelichting**)
 - Juridisch advies (uitsluitend op aanvraag van jurist)
 - Verzoek overname deelbehandeling
 - Speekselonderzoek
 - Allergie onderzoek
 - Anders, nl. _____
- _____

Toelichting:

Aanvullende gegevens:

- Nee, niet van toepassing
- Ja, te weten
 - röntgenfoto's zijn digitaal bijgevoegd
 - röntgenfoto's zijn bijgevoegd (deze worden retour gezonden)
 - overige relevante tandheelkundige /medische informatie
 - informatie andere specialisten
 - behandelplan
 - anders, nl. _____

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

z.o.z. voor routebeschrijving

