

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 : \_\_\_\_\_

## Vraagstelling

Verzoek vervaardiging van:

- Volledige gebitsprothese  bovenkaak  onderkaak
- Partiële plaatprothese  bovenkaak  onderkaak
- Frame prothese  bovenkaak  onderkaak
- Kroon & brugwerk  bovenkaak  onderkaak  element(en) \_\_\_\_\_
- Patiënt wil second opinion en retourverwijzing

## Probleemstelling

- Geen mogelijkheden/wens voor implantologie
- Mogelijk materiaal onverdraagzaamheid
- Moeilijk uit te voeren behandeling
- Reeds uitgevoerde behandeling heeft niet gewenste resultaat gegeven
- Functieverlies door verminderd kauwvermogen
- Functieverlies door onvoldoende occlusale stabiliteit
- Onvoldoende retentie van de prothese
- Onvoldoende stabiliteit van de prothese
- Pijn bij dragen van de prothese in de regio: \_\_\_\_\_
- Kokhalzen bij dragen bovenprothese
- Esthetiek
- Fonetiek
- Psychosociaal (bijv. accepteren van een uitneembare voorziening)
- Anders namelijk: \_\_\_\_\_
- Medische bijzonderheden

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

z.o.z. voor routebeschrijving

