

Sectie Endodontologie

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

- Consult in verband met: _____

- Second opinion betreffend element: _____
- Endodontische behandeling aan het element:

- Apicale chirurgie

Het element is:

- Onbehandeld vitaal/avitaal
- Behandeling is al gestart:
 - a. tot alleen de opening
 - b. tot het lengtebepalen
 - c. tot en met de preparatie,
de gebruikte hoofdvijlen zijn:
 - in kanaal ___ no. ___ op lengte ___ mm
 - in kanaal ___ no. ___ op lengte ___ mm
 - in kanaal ___ no. ___ op lengte ___ mm
 - in kanaal ___ no. ___ op lengte ___ mm
- Reeds endodontisch behandeld met wortelstift/zonder wortelstift/iatrogene schade.
- Anders, nl. _____

Verzoek om na de endodontische behandeling:

- Ruimte te maken voor een stift
- Het element op te bouwen met een plastische restauratie
- Het element op te bouwen met een kunstthars stift met een plastische restauratie
- Apicale chirurgie

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 geconsulteerde deskundigen
 - 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

