

# Orale Radiologie

Tel. 020 59 80380 (patiënten)  
E-mail. radiologie@acta.nl

# ACTA

ACADEMISCH  
CENTRUM  
TANDHEELKUNDE  
AMSTERDAM

## 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 röntgenonderzoek:

- Endodontische diagnostiek  
 Planning/plaatsing implantaten  
 Onderzoek kaakgewrichten  
 Anders, te weten:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Digitale opnamen worden  
toegezonden via Ziver.**

### Gevraagde opnamen:

- Panoramaopname  
 Schedelprofielopname  
 ConeBeamCT, regio

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Meegezonden opnamen

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Andere opnamen

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

**z.o.z. voor routebeschrijving**

