

Sectie Orale Implantologie

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 : _____

Verwijzing voor behandeling

- Pre-implantologische chirurgie en plaatsing van implantaten
- Vervaardiging van en suprastructuur
- Controle implantaten

Probleemstelling

- 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)
- Agenesie
- Anders, nl. _____

Vraagstelling

- Behandeling ter vervanging van het de element(en) _____ m.b.v. implantaten
- Behandeling implantologie in de edentate onderkaak
- Behandeling implantologie in de edentate bovenkaak
- Second opinion: _____
- Informatieconsult t.b.v. behandelplan waarin implantologie wordt overwogen: _____

Historie

- Elementen verloren gegaan door endodontisch/restauratief/paradontaal/trauma/ onbekend probleem d.d.: _____
- Er is ooit een apex-resectie aan het te vervangen element verricht
- Op het te vervangen element is ooit paradontale chirurgie toegepast
- Patiënt is parodontaal behandeld
- Patiënt is implantologisch behandeld
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

