

Doorverwijzingsformulier

Patiëntgegevens

Naam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Plaatsnaam: _____

Geboortedatum: _____

Telefoonnummer: _____

Verwijzer

Naam: _____

Adres: _____

Telefoonnummer: _____

E-mail: _____

Voor implantologie

- Voor kroon / regio
- implantaat voor brug / regio
- All on 4
 - Onderkaak
 - Bovenkaak
- implantaat gedragen (overkappings prothese)
 - Onderkaak
 - Bovenkaak
- Botopbouw / Sinuslift regio
- Anders _____
- De restauratieve behandeling zal door mijzelf worden uitgevoerd.

Kleine mondchirurgie

- Verwijderen verstandskies
- Verwijderen element / wortelrest
- Radix resectie
- Apex resectie
- Kinderlipbandjes
- Chirurgische voorbehandeling
- Kijkoperaties
- Flaps
- Anders _____

3D rontgenologie

- 3D scan
 - Onderkaak
 - Bovenkaak
- TMJ / Sinus opname
- Regio _____
- Vraagstelling _____

- Opmerking / toelichting _____

