



VPZ ASSURADEUREN

Dit formulier volledig ingevuld sturen naar:

VPZ
Postbus 2868
6401 DJ HEERLEN

Dit formulier moet worden gebruikt voor het aanvragen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. Dit formulier moet worden ingevuld door de behandelend tandarts. Onvolledig ingevulde en niet ondertekende aanvragen kunnen wij niet in behandeling nemen.

Aanvraag bijzondere tandheelkundige hulp

1 Verzekerde

Polisnummer:

Achternaam en voorletters:

Straatnaam / huisnummer:

Postcode / woonplaats:

Geboortedatum: Geslacht: Man Vrouw

Door wie is de verzekerde naar het centrum verwezen Huistandarts Kaakchirurg Orthodontist

2 Behandelend tandarts

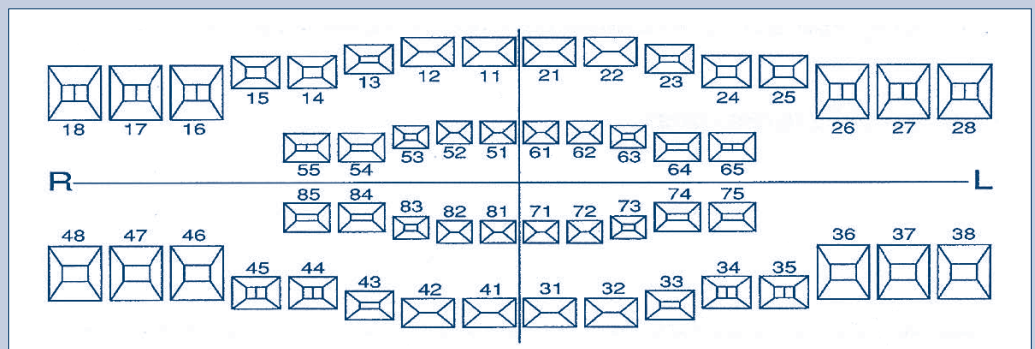
Naam:

Woonplaats:

Verbonden aan het centrum:

Telefoonnummer centrum:

3 Status praesens



Opmerkingen:

U WORDT VERZOCHT HET GEBITSDIAGRAM ALS VOLGT IN TE VULLEN:

Caviteiten

door middel van een cirkeltje in het betreffende vlak

Restauraties

door het invullen van de desbetreffende vlakken

Ontbrekende elementen

door middel van een horizontale lijn door het desbetreffende element

Gegoten restauraties

afzonderlijk vermelden door het omlijnen van de vlakken

Plaatprothese

de vervangen elementen aangeven door middel van een P

Frameprothese

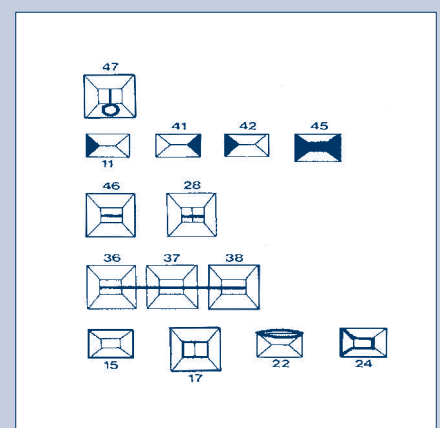
de vervangen elementen aangeven door middel van een F

Volledige prothese

afzonderlijk vermelden onder het gebitsdiagram

Endodontisch behandelde elementen

aangeven door middel van een streep door het desbetreffende nummer



4 Gegevens over de tandheelkundige afwijking

- A De afwijking bestaat uit
- Multipele agenesie
 - Craniomandibulaire dysfunctie
 - Dento-alveolair defect
 - Cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschizis
 - Oro-maxillo-faciaal defect

Waar is de afwijking gelokaliseerd:

B Alleen in te vullen in geval van craniomandibulaire dysfunctie

Welke therapie is tot nu toe ingesteld:

Door wie?

Met welk resultaat?

5 Behandelingsplan

Behandelingsplan:

- Is kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk? Ja Nee
- Is kaakchirurgische behandeling noodzakelijk? Ja Nee

Voor welk gedeelte van het hierboven vermelde behandelingsplan is centrumbehandeling geïndiceerd?

--

6 Begroting

Geschat aantal behandelingsuren: X € = €

Geschatte techniekkosten: €

Totaal €

7 Ondertekening behandelend arts

Datum	Handtekening/naamstempel tandarts
-------	-----------------------------------

8 Verklaring verzekerde

Ik ga akkoord met de voorgestelde behandeling en geef de tandheelkundig adviseur van VPZ toestemming nadere informatie in te winnen.

Datum	Handtekening/naamstempel tandarts
-------	-----------------------------------