

Verwijsbrief Implantologie Kaakchirurgie Zeeland

(deze verwijsbrief in open envelop meegeven aan de patiënt die wordt verwezen)

- Mondzorgcentrum De Beet, Beethovenhof 3A, Terneuzen, Tel. 0115-618042
- Zorgboulevaart, Boulevard Bankert 156, Vlissingen, Tel. 088-33 88 422
- ADRZ locatie Goes, 's-Gravenpolderseweg 114, Goes, Tel. 088-33 88 422
- MWCZ, Piet Heinstraat 41, Goes, Tel. 088-33 88 422
- Victoriakliniek, Koning Gustaafweg 2, Zierikzee, Tel. 088-33 88 422

Gegevens patiënt

naam:

BSN-nummer:

geboortedatum: man vrouw

adres:

PC + woonplaats:

telefoon nummer:

mobiel nummer:

naam verzekering:

inschrijfnr. verzekering:

Reden van verwijzing

- retentieproblematiek prothese onderkaak
- retentieproblematiek prothese bovenkaak
- implantologie t.b.v. kroon- en brugwerk
- implantologie t.b.v. orthodontie.

Voorkeur implantaatmerk

- Geen voorkeur
- Straumann Dental Implant System
- Dyna Helix Implant System
- Astra Tech Implant System
- Ketenzorg (Dyna, zijd. delen, vold. bot)

De door mij uitgevoerde voorbehandeling bestond uit:

- geen
- nieuwe gebitsprothese
- rebasing / relining / relatieherstel
- voorbereidende extracties
- parodontale behandeling

De prothetische vervolgbehandeling na osseointegratie wordt uitgevoerd door:

- mijzelf
- horizontale verwijzing binnen de eigen praktijk
- horizontale verwijzing buiten de eigen praktijk
- Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

Aanvullende opmerkingen:

Datum:

Naam verwijzer:

Praktijk(stempel):

Dank voor uw verwijzing.