

Verwijsbrief Implantologie Kaakchirurgie Zeeland

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

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

- Straumann Dental Implant System
- Astra Tech Implant System

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

Aanvullendeopmerkingen:

Datum:

Naam verwijzer:

Praktijk(stempel):

Dank voor uw verwijzing.