

Verwijsbrief Implantologie Kaakchirurgie Zeeland

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

- ADRZ locatie Goes, 's-Gravenpolderseweg 114, 4462 RA, Goes, Tel. 088 - 190 190 1
- Poelendaelesingel, Poelendaelesingel 12, 4335 JA, Middelburg, Tel. 088 - 190 190 1
- Zuidlandstraat, Zuidlandstraat 34, 4532 CL, Terneuzen, Tel. 088 - 190 190 1
- Victoriakliniek, Koning Gustaafweg 2, 4301 NP, Zierikzee, Tel. 088 - 190 190 1
- Antonius, Patoor van Genklaan 6, 4501 AJ, Oostburg, Tel. 088 – 190 190 1

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

Aanvullende opmerkingen:

Datum:

Naam verwijzer:

Praktijk(stempel):

Dank voor uw verwijzing.