

Verwijsformulier naar Centrum Bijzondere Tandheelkunde Amphia

Gegevens tandarts

Naam	
Adres	
Plaats	
Telefoonnummer	
E-mail	

Gegevens patiënt

Geslacht	Man	Vrouw
Naam		
Voorletters		
Geboortedatum		
Adres		
Postcode en woonplaats		
Telefoonnummer		
E-mail		
Burger Service Nummer (BSN)		
Verzekeringsmaatschappij		
Polisnummer verzekering		

Gegevens contactpersoon (indien van toepassing)

Naam	
Telefoonnummer	
E-mail	

Verzoek

Advies en terugverwijzing	Ander verzoek, namelijk:
Tijdelijke overname van de behandeling	
Gedeeltelijke behandeling	
Gehele behandeling	

Centrumindicatie

Ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven aandoening van het tand-kaak-mondstelsel	Een verstandelijke, psychische en/of lichamelijke beperking
	Psychiatrische problematiek Geriatric
Zeer ernstige gebitsprotheseproblematiek	Medisch-tandheelkundig gerelateerde aandoening
Zeer ernstige kaakgewrichtsklachten	Extreme kokhalsneiging
Extreme angst	Kinderen met een slechte behandelbaarheid

Relevante historie (röntgenbeelden en/of lichtdia's toevoegen als bijlage svp)

Eigen bevindingen

Eigen inspanningen tav het geconstateerde probleem en resultaat

Concrete vraagstelling

Wensen t.a.v. eventuele participatie in de behandeling

Handtekening tandarts

Datum