

Vul dit formulier digitaal in, sla het PDF-bestand op en verstuur het via de afgesproken beveiligde route. Na ontvangst neemt de praktijk contact op met de patiënt voor het plannen van een consult. Velden met * zijn essentieel.

1. GEGEVENS PATIËNT

Aanhef	☐ Dhr.	☐ Mw.	☐ Anders
Achternaam			
Voorletter(s)		Geboortedatum	
Adres			
Postcode		Woonplaats	
Telefoon mobiel		E-mail	

2. GEGEVENS VERWIJZER

Praktijknaam			
Naam verwijzer		AGB-code	
Telefoon		E-mail	
Plaats		Datum verwijzing	

3. VERWIJJSVRAAG EN URGENTIE

Discipline (meerdere keuzes mogelijk)

☐ Implantologie	☐ Mondchirurgie	☐ MRA / snurkbeugel
☐ Prothetiek	☐ Overig	

Urgentie ☐ Regulier ☐ Versneld ☐ Spoed / graag overleg

Element(en) / regio

Kern van de verwijzsvraag

Gewenste behandeling / advies

4. DISCIPLINE-SPECIFIEKE INFORMATIE

Vul alleen de relevante onderdelen in.

IMPLANTOLOGIE

Doel ☐ Implantaatplaatsing ☐ Botopbouw / sinuslift ☐ Advies

Suprastructuur ☐ Maak ik zelf ☐ Door Cox ☐ In overleg

Element(en) / locatie Bijzonderheden

Klinische toelichting

MONDCHIRURGIE

☐ Extractie ☐ Apexresectie ☐ Cyste / afwijking ☐ Overig

Element(en) / regio Vraagstelling

Klinische toelichting

MRA / SNURKBEUGEL

☐ Snurken ☐ OSAS ☐ CPAP-intolerantie ☐ Overig

Diagnostiek / AHI Verwijzend specialist

Klinische toelichting

PROTHETIEK

☐ Volledige prothese ☐ Partiële prothese ☐ Overkappingsprothese

Bestaande voorziening Gewenst resultaat

Klinische toelichting

5. MEDISCHE EN TANDHEELKUNDIGE AANDACHTSPUNTEN

Relevante medische voorgeschiedenis, medicatie en allergieën

Relevante tandheelkundige voorgeschiedenis

Risicofactoren

☐ Antistolling☐ Diabetes☐ Roken☐ Bisfosfonaten☐ Angst / behandelbelasting☐ Overig

Toelichting risicofactoren

6. MEEGESTUURDE INFORMATIE

☐ Röntgenfoto('s)☐ CBCT☐ Parodontiumstatus☐ Klinische foto's☐ Digitale scan / modellen☐ Specialistenbrief☐ Medicatieoverzicht

Wijze van aanleveren

☐ Beveiligde e-mail / link☐ Post☐ Niet van toepassing

7. COMMUNICATIE EN AFRONDING

Terugkoppeling gewenst

☐ Ja☐ Nee

Voorkeur

☐ E-mail☐ Telefoon

Patiënt is geïnformeerd over deze verwijzing

☐ Ja☐ Nee

Overige opmerkingen

Naam verwijzer

Datum

Controleer het formulier op volledigheid, sla het bestand op onder een herkenbare patiëntnaam en verstuur het uitsluitend via een beveiligde communicatieroute. Vermijd onbeveiligde e-mail voor medische gegevens.