

**In te vullen door Zorgverzekeraar**

Naam Zorgverzekeraar .....  
 Melding ontvangen d.d. .... Nr. aanvraag ..... Adres .....  
 Registratienummer ..... Geb. datum/jaar ..... Postcode + woonplaats .....  
 Naam voorletter ..... M/V\* Datum laatste sanering .....

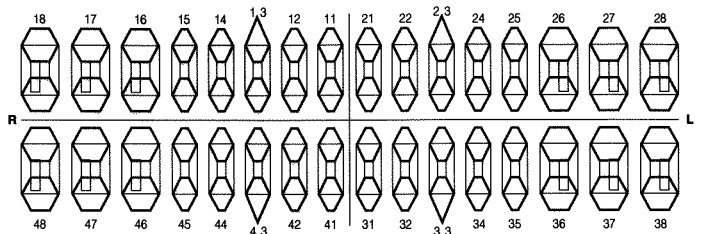
– Verzekerde is wel/niet in het bezit van een geldig saneringsbewijs .....  
 – De huistandarts van verzekerde is: .....  
 – Reden van verwijzing: .....  
 – Datum laatste sanering: .....  
 – De toestand van het parodontium is goed / matig / slecht  
 – De mondhygiëne is goed / matig / slecht  
 – De medewerking van patiënt is goed / matig / slecht  
 Diagnose: .....  
 Handicapcategorie

eenmalige beh. periode     tijdelijk in centrum     blijvend in centrum

**status praesens gebit**

**parodontale status:**  
 op te maken als parodontale therapie nodig is  
 of de adviserende tandarts daartoe verzoekt (form. BT 3)

**röntgen status:**  
 OPG / status x / schedel foto / opbeet foto / tandfoto / bite wing



Indien bestaande saneringstoestand aanpassing behoeft voor verdere hulp in het kader van de bijz. thk. kan worden verleend, aangegeven welke verrichtingen nodig zijn:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> tandsteenverw. + polijsten tandhalzen  | <input type="checkbox"/> instr. mondhygiëne + plak controle | <input type="checkbox"/> fluoride-applicatie                                 |
| <input type="checkbox"/> bijwerken van vullingen + polijsten    | <input type="checkbox"/> voedingsvoorlichting               | <input type="checkbox"/> herziening uitneembare prothese                     |
| <input type="checkbox"/> vernieuwing van bestaande vullingen    | <input type="checkbox"/> inslijpen occlusie en articulatie  | <input type="checkbox"/> herziening bestaande kroon- en brugwerk             |
| <input type="checkbox"/> herziening bestaande pulpa behandeling | <input type="checkbox"/> noodvullingen                      | <input type="checkbox"/> sub. gingivale curretage + polijsten worteloppervl. |

Indien kaakchirurgische, orthodontische of parodontologisch-chirurgische hulp vóór, tijdens of na de bijzondere tandheelkundige hulp nodig is. (omschrijving: welke hulp, door wie en in welk stadium van behandeling)

.....  
 .....

Omschrijving behandelingsplan: ..... Deze aanvraag is vergezeld van: .....

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Toelichting behandelingsplan: .....

Geschat aantal behandelingsuren: ..... Geschatte techniekkosten € .....

**Verklaring tandarts**

Ondergetekende ..... verklaart namens het centrum het aangevraagde behandelingsplan tegen de overeengekomen tarieven te zullen uitvoeren. De zorgverzekeraar zal direct in kennis worden gesteld als de behandeling tussentijds wordt gestaakt. Als het behandelingsplan gewijzigd moet worden zal een nieuwe aanvraag worden ingediend en de behandeling worden opgeschort tot dat een nieuwe machtiging is ontvangen. Een volmachtiging is gezien de aard van de afwijking wel/niet noodzakelijk voor ..... behandelingsuren

Stempel en handtekening centrum

**Verklaring patiënt i.v.m. bijz. thk. hulp**

Ondergetekende ..... verklaart de aanwijzingen van de behandelende tandarts betreffende de mondhygiëne en andere in verband met de behandeling noodzakelijke maatregelen op te volgen en op de afgesproken tijdstippen ter behandeling en/of controle te verschijnen. Indien niet wordt voldaan aan bovengenoemde voorwaarden kan de machtiging worden ingetrokken. Bij tussentijdse beëindiging van de verzekering bij de zorgverzekeraar vervalt de machtiging voor de behandeling met inachtneming van de bestaande wettelijke termijnen.

Handtekening verzekerde:

Aantekeningen adviserend tandarts    Patiënt opgeroepen d.d. .... Overleg centrum bijz. thk. d.d. ....  
 Patiënt onderzocht d.d. .... Overleg huistandarts d.d. ....  
 Aanvraag ontvangen d.d. .... Accoord / niet accoord met aanvraag

Alternatief plan bestaande uit: .....