AANVRAAGFORMULIER TANDHEELKUNDIGE IMPLANTATEN

Naam verzekerde: .....
Adres: .....
Postcode + woonplaats: .....
De huistandarts van verzekerde is: .....

Geboortedatum: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ ☐ m ☐ v
Naam verzekeraar: .....
Registratienummer: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Verzekerde is verwezen door: .....

1. De patiënt is op basis van de medisch-tandheelkundige anamnese geschikt om orale implantologie te ondergaan: ☐ ja ☐ neen
2.* Er dienen bijzondere maatregelen genomen te worden om de patiënt de ingreep te laten ondergaan: ☐ ja ☐ neen

Zo ja, welke: .....
.....
.....

3. Edentaat bovenkaak: ☐ ja ☐ neen
onderkaak: ☐ ja ☐ neen

4. Zo neen, natuurlijke elementen omcirkelen:

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

5. Aantal jaren edentaat bovenkaak: ☐☐☐☐ jaar
onderkaak ☐☐☐☐ jaar

6. Aantal eerder gemaakte protheses bovenkaak: .....
onderkaak: .....

7. Leeftijd laatste prothese ☐☐☐☐ jaar

8.* De laatste behandelingen om het prothetische probleem op te lossen bestonden uit: .....
.....
.....
.....
.....
.....

9.* De belangrijkste reden(en) om te implanteren is (zijn): .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

10. De naar vergrotingsfactor gecorrigeerde kaakhoogte op orthopantomogram bedraagt: .....mm

11. Cawood-classificatie mandibula (II t/m VIII): .....

12.* Pre-implantologische chirurgie geïndiceerd: ☐ ja ☐ neen
zo ja, waaruit bestaat de chirurgie:
.....
.....
.....
.....

13. Aantal geplande implantaten bovenkaak: .....
onderkaak: .....

14. Implantaatsysteem: .....
.....

15. Verankering: ☐ staaf-huls
☐ drukknop/magneet
☐ overig: .....

16. Implantaten worden geplaatst door: ☐ kaakchirurg
☐ algemeen practicus
☐ centrum BT

Naam behandelaar: .....
.....

17. Suprastructuur wordt geplaatst door ☐ algemeen practicus
☐ centrum BT

Naam tandarts: .....
.....

18. De vereiste nazorg wordt gedaan door: .....
.....

19. Motivatie van de patiënt: ☐ goed ☐ matig ☐ slecht

20. Mondhygiëne v.d. patiënt: ☐ goed ☐ matig ☐ slecht

De aanvraag wordt in behandeling genomen, wanneer:
- het aanvraagformulier volledig is ingevuld.
- de beschikbare röntgeninformatie is bijgevoegd.
- een volledige kostenbegroting is bijgevoegd.

* bij ruimtegebrek s.v.p. uw informatieve bijlage toevoegen

Advies adviserend tandarts: ☐ toestaan ☐ afwijzen

☐ Onderzoek verzekerde d.d.: Paraaf, datum advies:
.....

Eventuele reden afwijzing:
.....
.....
.....

In te vullen door zorgverzekeraar:
Toestemmingsnummer: .....
Toestemming verleend door: .....

Ondergetekende verklaart te zijn voorgelicht over de voor- en nadelen van de voorgenomen behandeling en gaat akkoord met de aanvraag en de daaraan verbonden wettelijke eigen bijdrage. Tevens verklaart ondergetekende de aanwijzingen van de behandelaar(s), in het belang van de behandeling en nazorg, nauwgezet te zullen opvolgen.
Handtekening verzekerde of diens wettelijke vertegenwoordiger:

Naamstempel + handtekening tandarts / kaakchirurg:

© VDA 115 - 03