

**Besured**  
**T.a.v. team Medisch Advies**  
**Postbus 1815**  
**3800 BV Amersfoort**

Dit formulier moet worden gebruikt voor het aanvragen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen.  
 Dit formulier moet worden ingevuld door de behandelend tandarts.  
 Onvolledig ingevulde en niet ondertekende aanvragen kunnen wij niet in behandeling nemen.

## Aanvraag bijzondere tandheelkundige hulp

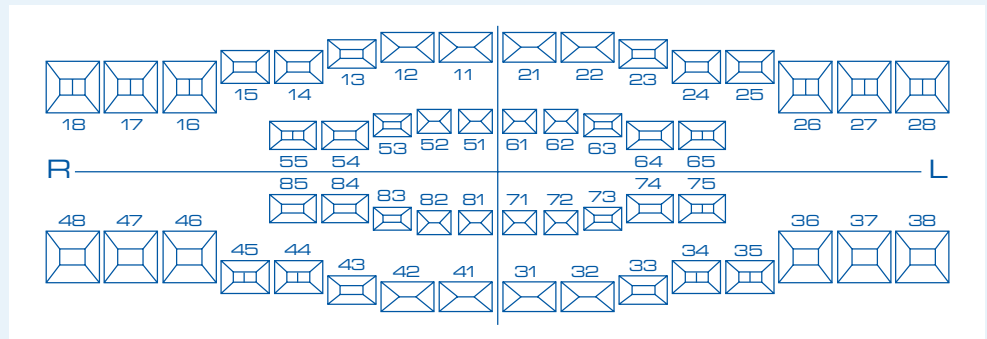
### 1 Gegevens verzekerde

Polisnummer	
Naam en voorletters	
Adres	
Postcode, woonplaats	
Geboortedatum	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
Door wie is de verzekerde naar het centrum verwezen? <input type="checkbox"/> Huistandarts <input type="checkbox"/> Kaakchirurg <input type="checkbox"/> Orthodontist <input type="checkbox"/>	

### 2 Behandelend tandarts

Naam	
Woonplaats	
Verbonden aan het centrum	Telefoonnummer centrum

### 3 Status praesens



Opmerkingen

### U wordt verzocht het gebitsdiagram als volgt in te vullen:

**Caviteiten** - door middel van een cirkeltje in het betreffende vlak

**Restauraties** - door het invullen van de desbetreffende vlakken

**Ontbrekende elementen** - door middel van een horizontale lijn door het desbetreffende element

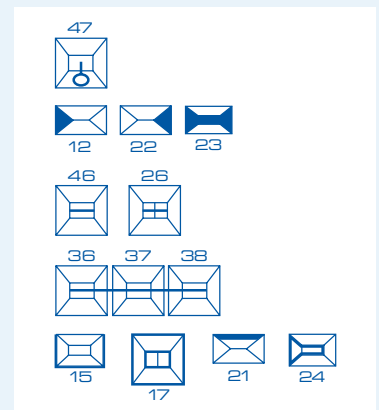
**Gegoten restauraties** - afzonderlijk vermelden door het omlijnen van de vlakken

**Plaatprothese** - de vervangen elementen aangeven door middel van een P

**Frameprothese** - de vervangen elementen aangeven door middel van een F

**Volledige prothese** - afzonderlijk vermelden onder het gebitsdiagram

**Endodontisch behandelde elementen** - aangeven door middel van een streep door het desbetreffende nummer



#### 4 Gegevens over de tandheelkundige afwijking

- A De afwijking bestaat uit
- |                          |                               |                          |   |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Multipele agenesie            | <input type="checkbox"/> | Cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschizis |
| <input type="checkbox"/> | Craniomandibulaire dysfunctie | <input type="checkbox"/> | Oro-maxillo-faciaal defect                |
| <input type="checkbox"/> | Dento-alveolair defect        |                          |   |

Waar is de afwijking gelokaliseerd?

B Alleen in te vullen in geval van craniomandibulaire dysfunctie

Welke therapie is tot nu toe ingesteld?

Door wie?

Met welk resultaat?

#### 5 Behandelingsplan

Behandelingsplan:

Is kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk?

ja  nee

Is kaakchirurgische behandeling noodzakelijk?

ja  nee

Voor welk gedeelte van het hierboven vermelde behandelingsplan is centrumbehandeling geïndiceerd?

#### 6 Begroting

Geschat aantal behandelingsuren	X €	= €
Geschatte techniekkosten		€
	Totaal	€

#### 7 Ondertekening behandelend arts

Datum

Handtekening / naamstempel tandarts

#### 8 Verklaring verzekerde

Ik ga akkoord met de voorgestelde behandeling en geef de tandheelkundig adviseur van Besured toestemming nadere informatie in te winnen.

Datum

Handtekening

- Vergeet u niet de röntgenfoto's mee te zenden?
- Wilt u op de envelop vermelden 'Niet perforeren'?