

Mondhygiënistenpraktijk Elst

Voor een leven lang een gezond gebit

Verwijsbrief

Patiënt:

Naam: _____ Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____ Geboortedatum: _____

Verzekering: _____ Polisnummer: _____

Reden verwijzing:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pocketstatus | <input type="checkbox"/> Parodontiumstatus |
| <input type="checkbox"/> Initiële parodontale therapie (zo nodig met anesthesie) | <input type="checkbox"/> Gebitsreiniging (zo nodig met anesthesie) |
| <input type="checkbox"/> Instructie mondhygiëne | <input type="checkbox"/> Bacteriologisch onderzoek |
| <input type="checkbox"/> Voedingsadvies | <input type="checkbox"/> Behandeling gevoelige tandhalzen |
| <input type="checkbox"/> Fluoride applicatie | <input type="checkbox"/> Eigen verzoek patiënt |
| <input type="checkbox"/> Anders nl: _____ | |

Aanvullende informatie meegezonden:

- Parodontiumstatus Röntgenfoto's Anders nl: _____

Medische (tandheelkundige) bijzonderheden: _____

Medicatie: _____

Aanvullende informatie: _____

Rapportage gewenst: Ja Nee

Verwijzer (stempel):

Naam: _____ Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____ Datum: _____

Handtekening verwijzer: