

## Praktijkgegevens

Naam praktijk:

Naam verwijzer:

ABG-code verwijzer:

E-mail/ ZorgMail:

Telefoonnummer:

## Patiëntgegevens

Naam:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Geboortedatum:

BSN:

## Patiënt wordt verwezen voor

### Consult (standaard)

Reden van insturen:

### Chirurgische verwijdering

Elementnummer(s):

Voorgeschiedenis:

Pijnklachten, zo ja sinds:

### Apex resectie

Elementnummer(s):

Voorgeschiedenis:

Pijnklachten, zo ja sinds:

Endo verricht op (datum):

### Implantologie consult

Elementnummer(s):

Wens immmediaat implanteren: ja nee

Element verwijderd datum:

Rookt patiënt: ja nee

Regelmatig bezoek mondhygiënist: ja nee

Staat van de mondgezondheid/dentitie:

Verzoek aan MAKZ om de supra-structuur

te vervaardigen: ja nee

## Medische anamnese

Medische voorgeschiedenis:

Behandelend arts/specialist:

Medicatie:

Allergieën:

Bijzonderheden:

### Narcose/ sedatie consult

Reden van/omschrijving angst:

Gewenste behandeling:

### Vrijleggen element(en)

Elementnummer(s):

Coe-pak of goldchain:

Evt. bijzonderheden:



Heeft u aanvullende documentatie zoals een of meerdere foto's? Zo ja, dan ontvangen wij dit graag (voorzien van patiëntgegevens)!