



Aanvraagformulier Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Verzekerde

Voorletter(s) en achternaam	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V*
Geboortedatum	<input type="text"/>	Verzekernummer	<input type="text"/>
Straat en huisnummer	<input type="text"/>		
Postcode en woonplaats	<input type="text"/>		

Zorgverlener

Voorletter(s) en achternaam	<input type="text"/>
Eventueel verbonden aan de instelling	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
Naamstempel instelling	<input type="text"/>

Verwijzing van toepassing bij kaakchirurg of CBT*

Door wie is de verzekerde naar de instelling verwezen?

- Huisarts
 Huisarts
 Kaakchirurg
 Orthodontist

Huisarts

Wie is de huisarts van de verzekerde?

Voorletter(s) en achternaam	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>

Afwijking

Aard van de afwijking*

- Tandheelkundige aandoening of handicap
 Verstandelijke of lichamelijke handicap
 Medisch gecompromitteerd

Omschrijving

Omschrijving van de aard van de afwijking

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Status praesens

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

* Aankruisen wat van toepassing is

Behandelingsplan

Empty table with 5 rows for treatment plan details.

Betrokkenheid van andere disciplines

Empty table with 4 rows for involvement of other disciplines.

Indicatie

Empty table with 4 rows for indication details.

Kostenbegroting behandeling uurtarief/behandeling verrichtingencodes

Table for cost budgeting with columns for description, quantity, unit, price, and total. Includes rows for estimated treatment hours, codes, dental technique costs, and a total row.

** Benoeming uitgevoerde verrichtingencodes [input field]

Ondertekening verzekerde

Ondergetekende verklaart zich akkoord met de aangevraagde behandeling en verleent toestemming aan de adviserend tandarts van MCA om nadere inlichtingen in te winnen bij de behandelende zorgverlener.

Datum [input field]

Handtekening verzekerde of diens wettige vertegenwoordiger [signature box]

Ondertekening zorgverlener

Dit formulier is naar waarheid ingevuld door de behandelend zorgverlener.

Voorletter(s) en achternaam zorgverlener [input field]

Datum [input field]

Handtekening zorgverlener [signature box]