

Horizontale verwijzing (in te vullen door tandarts)

Om het eerste consult van nieuwe patiënten te bespoedigen, verzoeken wij u onderstaande vragen in te vullen. U kunt dit formulier ingevuld meegeven aan de patiënt, zodat deze zelf een afspraak kan maken. U kunt dit formulier ook naar ons toezenden.

Naam: dhr/mevr.
Meisjesnaam
Voorletter(s)
Geboorte datum.....
Adres
Postcode en woonplaats
Telefoon
VerzekeringPart/zkfs.nr.....

Verzoek om

- Diagnose stelling
 Advies voor behandeling ivm
 Behandeling ivm
 Alleen chirurgie tpv.....
 Implantaten tpv.....
(ik doe zelf de supra-structuur)
 Prothetische voorziening
 Anders, n.l.

Naam tandarts dhr/mevr
Adres
Postcode en woonplaats
Telefoon
Datum verwijzing

Na het eerste consult en bij evaluaties wordt u schriftelijk gerapporteerd over de voortgang van de behandeling van uw patient. Heeft u nog vragen, dan zijn wij gaarne tot een toelichting bereid.

de praktijk

voor Parodontologie en Implantologie Eindhoven
b.v.

Fransebaan 604
5627 JM Eindhoven

tel: 040 - 22 30 444
fax: 040 - 29 39 349
E-mail: INFO@PARO-EINDHOVEN.NL

T. Schneiders, tandarts-parodontoloog
erkend NVvP

R. Wils, tandarts -implantoloog
erkend NVOI

W. van Nunen, gediplomeerd protheticus

informatie voor nieuwe patiënten