

Aanvraagformulier Orthodontie Vergoeding vanaf 18 jaar

Gegevens verzekerde:

Voorletters / achternaam Geslacht

Geboortedatum -- Relatienummer

Indicatie *(in te vullen door orthodontist / tandarts)*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eigen tandarts of verwijzing | <input type="checkbox"/> Ruimtegebrek bovenkaak |
| <input type="checkbox"/> Verzekerde is eerder behandeld | <input type="checkbox"/> Ruimtegebrek onderkaak |
| <input type="checkbox"/> Functionele afwijking | <input type="checkbox"/> Verticale overbeet: <input type="text"/> millimeter |
| <input type="checkbox"/> Esthetische afwijking | <input type="checkbox"/> Verticale openbeet: <input type="text"/> millimeter |
| <input type="checkbox"/> Kaakrelatie | <input type="checkbox"/> Dwangbeet |
| <input type="checkbox"/> Sagittale overbeet: <input type="text"/> millimeter | <input type="checkbox"/> Agenesie, elementen: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Omgekeerde sagittale overbeet: <input type="text"/> millimeter | (m.u.v. derde molaren/M3's) |

Wat is de zorgvraag van uw patiënt?

Voor welke gebits/mond/kaakproblematiek wordt de behandeling aangevraagd? En wat is de oorzaak van deze problematiek?

Leidt de problematiek tot functionele klachten bij de patiënt?

Nee Ja

Zo ja, welke klachten?

Wat is uw diagnose?

Wat is de inhoud van het zorgplan? *

**Heeft u hier onvoldoende ruimte? U mag het zorgplan als bijlage toevoegen aan dit formulier.*

Aanvullende informatie

Zorg ervoor dat u de volgende informatie als bijlage toevoegt aan dit formulier *:

- Röntgenfoto's
- Foto's van de klinische mond of (foto's van) de modellen
- Begroting

* Zonder deze informatie kunnen wij uw verzoek niet in behandeling nemen.

Overige aanvullende informatie

Gegevens orthodontist / tandarts

Voorletters / achternaam	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AGB-code	<input type="text"/>	Plaats <input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Handtekening	<input type="text"/>	

Heeft u dit formulier volledig ingevuld?

Na ondertekening kunt u het formulier (inclusief bijlagen) sturen naar:

**PNOzorg
T.a.v. Zorgketen 1
Postbus 495
3990 GG Houten**

Het is ook mogelijk de informatie rechtstreeks te sturen naar onze tandheelkundig adviseur.

U kunt de informatie dan sturen naar: **PNOzorg t.a.v. Medisch adviseur
T.a.v. Zorgketen 1
Antwoordnummer 2731
3970 WJ Houten**