

Aanvraagformulier Orthodontie / Vergoeding vanaf 18 jaar

Gegevens verzekerde

Voorletters / achternaam: _____ man vrouw
Geboortedatum: _____ Relatienummer: _____
Adres: _____
Postcode en woonplaats: _____
Burgerservicenummer (BSN): _____ E-mailadres: _____
(Mobiel) telefoonnummer: _____ IBAN: _____

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: _____ millimeter |
| <input type="checkbox"/> Esthetische afwijking | <input type="checkbox"/> Verticale openbeet: _____ millimeter |
| <input type="checkbox"/> Kaakrelatie | <input type="checkbox"/> Dwangbeet |
| <input type="checkbox"/> Sagittale overbeet: _____ millimeter | <input type="checkbox"/> Agenesie, elementen: _____ (m.u.v. derde molaren/M3's) |
| <input type="checkbox"/> Omgekeerde sagittale overbeet: _____ millimeter | |

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: _____

AGB-code: _____

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening: _____

Heeft u dit formulier volledig ingevuld?

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

De Amersfoortse Verzekeringen
Postbus 2072,
3500 HB Utrecht

U kunt het formulier ook mailen naar: orthodontie-av@amersfoortse.nl