

## 1 Gegevens verzekerde

<b>A</b> Achternaam en voorletters			
Straatnaam/huisnummer			
Postcode/woonplaats			
Geboortedatum		<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
Verzekerd bij	<input type="checkbox"/> Zilveren Kruis Achmea (inclusief DVZ)	<input type="checkbox"/> Groene Land Achmea	<input type="checkbox"/> PWZ Achmea
	<input type="checkbox"/> Interpolis	<input type="checkbox"/> OZF <sup>1</sup>	
Burgerservicenummer			
Relatienummer (verplicht)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>B</b> Naam huistandarts			
Naam verwijzer			

## 2 Ondertekening verzekerde of diens wettelijke vertegenwoordiger

Ondergetekende verklaart te zijn voorgelicht over de voor- en nadelen van de voorgenoemde behandeling en gaat akkoord met de aanvraag en de daaraan verbonden wettelijke eigen bijdrage. Tevens verklaart ondergetekende de aanwijzingen van de behandelaar(s), in het belang van de behandeling en nazorg, nauwgezet te zullen opvolgen.

Datum	Handtekening verzekerde of diens wettelijke vertegenwoordiger

## In te vullen door behandelend kaakchirurg

### 3 Gegevens gebit

Edentaat bovenkaak	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Edentaat onderkaak	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Aantal jaren edentaat bovenkaak		jaar
Aantal jaren edentaat onderkaak		jaar
Leeftijd laatste prothese		jaar

### 4 implantaat aanvraag

<b>A</b> Wat zijn de belangrijkste reden(en) om te implanteren		
Als verzekerde nog een immediaat prothese heeft, wat zijn dan de redenen om te implanteren en waarom wordt er niet eerst een conventionele prothese gemaakt?		
Indien er nog voldoende kaakhoogte aanwezig is, wat zijn dan de redenen om te implanteren?		
<b>B</b> Kaakhoogte		mm
Cawood-classificatie mandibula (II t/m VIII)		
Pre-implantologische chirurgie geïndiceerd	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
Zo ja, waaruit bestaat de chirurgie		

<b>C</b> Aantal geplande implantaten		in bovenkaak (bij 4 implantaten uw keuze toelichten)
		in onderkaak (bij 4 implantaten uw keuze toelichten)
Licht uw keuze toe		
Implantaatsysteem		
Verankering	<input type="checkbox"/> drukknop/magneet (licht uw keuze toe a.u.b.) <input type="checkbox"/> staaf-huls <input type="checkbox"/> anders, nl. recht onder staaf-huls	
Licht uw keuze toe		
Implantaten worden geplaatst door	<input type="checkbox"/> kaakchirurg <input type="checkbox"/> centrum BT	
Naam behandelaar		
Suprastructuur wordt geplaatst door	<input type="checkbox"/> algemeen practicus <input type="checkbox"/> centrum BT <input type="checkbox"/> tandprotheticus, mits voor deze behandeling gecontracteerd	
Naam tandarts/CBT/tandprotheticus		
Welke code(s) van de tandprotheticus zijn van toepassing?		
<b>D</b> Motivatie patiënt	<input type="checkbox"/> goed <input type="checkbox"/> matig <input type="checkbox"/> slecht	
Mondhygiëne patiënt	<input type="checkbox"/> goed <input type="checkbox"/> matig <input type="checkbox"/> slecht	

## 5 Ondertekening behandelend kaakchirurg

De aanvraag wordt in behandeling genomen wanneer

- het aanvraagformulier volledig is ingevuld
- de beschikbare röntgeninformatie is bijgevoegd
- een volledige kostenbegroting is bijgevoegd

Datum

Naamstempel + handtekening behandelend kaakchirurg

**Kaakchirurg: vergeet niet de onderstaande kostenbegroting in te vullen**  
**Tandprotheticus: vergeet niet de verrichtingscodes op te geven**

## In te vullen door behandelend kaakchirurg

### 6 Kostenbegroting implantologie door kaakchirurg

- Transmandibulair implantaat (codenummer 238029)       Permucosaal implantaat  
 1e implantaat (codenummer 238045)                       \_\_\_\_\_ maal elk volgend implantaat (codenummer 238046)  
 vrij leggen van implanta(a)t(en) in geval van twee fasen:  
 de tweede fase (per kaak) (codenummer 238047)  
 Kosten voor het implantaat komen ten laste van het ziekenhuisbudget.  
 (Bij machtiging codes 238045 en 238046 kan code 238047 gedeclareerd worden indien van toepassing).

## In te vullen door Achmea

### 7 Advies

Advies adviserend tandarts

- toegestaan  
 afwijzen  
 onderzoek verzekerde d.d. \_\_\_\_\_

Reden eventuele afwijzing

Datum advies

Paraaf adviserend tandarts

**Stuur het volledig ingevulde formulier op naar Achmea Zorg, Declaratie Service Input, Postbus 165, 7940 AD Meppel.**  
**1Aanvraagformulieren voor OZF verzekerden kunt u opsturen naar OZF, Postbus 94, 7550 AB Hengelo.**