Formulier voor verwijzing naar Centrum Bijzondere Tandheelkunde Jellinek

Jellinek
Centrum Bijzondere Tandheelkunde

Gegevens verwijzende instantie

Organisatie .....

Afdeling .....

Straat + huisnr .....

Postcode + plaats .....

Contactpersoon .....

Telefoonnummer .....

E-mail .....

Datum verwijzing .....

Gegevens cliënt

Geslacht ☐ Man ☐ Vrouw ☐ X

Achternaam .....

Voornaam .....

Geboortedatum .....

BSN .....

Straat + huisnr .....

Postcode + plaats .....

Telefoonnummer .....

E-mail .....

Zorgverzekeraar .....

Polisnummer .....

Indicatie voor verwijzing

Verslavingshistorie — Soort .....
Hoeveelheid .....

Verslaving actueel — Soort, hoeveelheid, frequentie. Indien abstinent, wanneer voor het laatst?
.....

Psychologie .....

Compliance/afspraakgedrag .....

Medische bijzonderheden

Status na endocarditis ☐ Profilaxe meegegeven (wordt ingenomen op het CBT Jellinek)

Stollingsstoornis .....

Medicatie ..... ☐ Bijlage toegevoegd

Overig .....

Gewenste tandheelkundebehandeling

☐ Eenmalige pijnbehandeling (binnen 3 werkdagen naar het centrum bellen voor een afspraak)

☐ Uitgebreide behandeling/geschikt maken voor verwijzing naar reguliere tandartspraktijk

Verstuur formulier

Centrum Bijzondere Tandheelkunde Jellinek, een specialistische afdeling van Arkin
Heinzestraat 2, 1071 SK Amsterdam. Telefoon: 020 590 16 66, e-mail: tandheelkunde@jellinek.nl