



naam patiënt	:	_____	verwijzer	:	_____
geb. datum	:	_____m/v	adres	:	_____
adres	:	_____	postcode/plaats	:	_____
postcode/plaats	:	_____	telefoon	:	_____
telefoon	:	_____	e-mail	:	_____

Verwijzing voor: CT scan op CD**opnamegebied** 6 x 6 (1-3 elementen in detail) gehele onder- en bovenkaak TMJ**INDICATIE CT opname:**

- beoordeling element op wortelfractuur
- beoordeling element op peri-apicale/peri-radicaire pathologie
- prognosebepaling één element
- prognosebepaling volledige dentitie
- implantatieplanning
- planning GBR/sinuslift
- diagnostiek TMJ
- diagnostiek orthodontie
- diagnostiek geïmpacteerd/geretineerd element
- implantaatplanning m.b.v. Nobelguide/Simplant/
- anders n.l.;

OPNAMEGEBIED DENTAAL *) :

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

OPNAMEGEBIED SKELETAAL *) :

- TMJ links
- TMJ rechts
- mandibula
- maxilla

*) svp omcirkelen wat van toepassing is

