

Behandelingsplan orthodontie



In te dienen als aanvulling bij de aanvraag tussenkomst

Naam van de patiënt:

Rijksregisternummer:
of breng identificatievignet aan

Kruis aan	Details	Datum	Kost
	Spreider	Datum plaatsing : / /	€
	Disjoncteur	Datum plaatsing : / /	€
	Blokjes boven (maxillair)	Datum plaatsing : / /	€
	Blokjes onder (mandibulair)	Datum plaatsing : / /	€
	Aligners boven – Totale aantal:	Datum 1 ^e bestelling : / /	€
	Aligners beneden – Totale aantal:	Datum 1 ^e bestelling : / /	€
	Retentiedraad boven	Datum plaatsing : / /	€
	Retentiedraad onder	Datum plaatsing : / /	€
	Retentiebeugel boven	Datum plaatsing : / /	€
	Retentiebeugel onder	Datum plaatsing : / /	€
	Andere:	Datum plaatsing : / /	€

Geschatte kost voor de totale behandeling: €

Betalingswijze:

- ☐ Eenmalige betaling
☐ Forfait van € per: maand / trimester /

Gelieve te verduidelijken:

* Bedrag per consultatie : €

* Bedrag voor apparaat : €

☐ Andere (Gelieve te omschrijven) :

.....
.....
.....
.....

Datum: **Handtekening en stempel orthodontist:**