



### Patiënt

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

### Tandarts

Naam \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### Ik wil behandeld worden op volgende locatie:

Endodontologie Storme **BELSELE**

Endodontologie Storme **GENT**

### Tand(en) te behandelen

18	17	16	15	14	13	12	11
48	47	46	45	44	43	42	41

21	22	23	24	25	26	27	28
31	32	33	34	35	36	37	38

1e zittijd, initiële endo of reeds voorlopig behandeld

Fistel, acute pijn

Herbehandeling

Apexresectie, eerst diagnose afspraak

Consult afspraak of twijfel over diagnose / prognose / haalbaarheid

### Opmerkingen / diagnose

#### Na de endodontische behandeling:

SDR composiet plaatsen op de kanaalingangen met een voorlopige vulling

Glasvezelversterkte vulling die kan dienen voor kroon en brugwerk

Flowable composiet op de kanaaltoegangen ifv onlay

Definitieve vulling

### Opmerkingen

---

---

---

---

---

### Handtekening tandarts