

Formulaire de demande d'un examen dentaire

(art.17 et 17bis NPS)

Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé

Identification du patient (remplir ou vignette O.A.)

Nom:	Prénom:
Date de naissance:	
Sexe:	Masculin Féminin

Informations cliniques pertinentes

--

Conditions de remboursement du CBCT (à compléter obligatoirement pour pouvoir délivrer une attestation)

<input type="radio"/> Lors du planing préopératoire en cas d'autotransplantation et dans le cadre de placement d'implants dentaires (prestations 308512-308523,308534-308545)
<input type="radio"/> Lors d'une anomalie congénitale
<input type="radio"/> En cas de présomption et/ou de suivi de traumatismes dento-alvéolaires dans le cadre des interventions décrites dans la prestation 312756-312760
<input type="radio"/> En cas de présomption d'une interrelation entre le canal mandibulaire et une dent de sagesse dans le cadre d'extraction d'une dent de sagesse
<input type="radio"/> En cas de problématique d'éruption avec impactions d'éléments définitifs, surnuméraires et supplémentaires
<input type="radio"/> En cas de problématique d'articulation de la mâchoire liée à l'os
<input type="radio"/> En cas de diagnostic et/ou d'approche thérapeutique de tumeurs et de kystes bénins d'os de la mâchoire
<input type="radio"/> Lors de la préparation d'une chirurgie maxillo-faciale remboursable.

Informations complémentaires pertinentes

<input type="radio"/> Allergie	<input type="radio"/> Diabète	<input type="radio"/> Ins.rénale	<input type="radio"/> Grossesse	<input type="radio"/> Implant	<input type="radio"/> Autres
--------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	------------------------------

Examen(s) proposé(s)

<input type="radio"/> CBCT MAX SUP	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="radio"/> CBCT MAX INF	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="radio"/> Orthopantomogramme	<input type="radio"/> Téléradiographie crâne profil	<input type="radio"/> Téléradiographie crâne face														

Examens précédemment réalisés relatifs au même diagnostic

<input type="radio"/> CT	<input type="radio"/> RMN	<input type="radio"/> RX	<input type="radio"/> Autre	<input type="radio"/> Inconnu
--------------------------	---------------------------	--------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Cachet du médecin prescripteur (mention obligatoire du nom, prénom, adresse et n° INAMI)

<p style="text-align: center;"><u>date:</u></p> <p style="text-align: center;"><u>signature :</u></p>
