

Vul het formulier online in. Liever het formulier printen? Vul dan dit formulier helemaal in met zwarte pen in blokletters.

### 1 U vraagt de behandeling aan voor

Voorletter(s)	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw	
Straatnaam	<input type="text"/>			Huisnr.	<input type="text"/>
	<input type="text"/>			Toevoeging	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>		
Relatienummer	<input type="text"/>				
Naam tandarts	<input type="text"/>				

### 2 Ondertekening verzekerde of diens wettelijke vertegenwoordiger

De verzekerde of diens wettelijke vertegenwoordiger verklaart te zijn voorgelicht over de voor- en nadelen van de voorgenomen behandeling(en) en gaat akkoord met de aanvraag en de daaraan verbonden wettelijke eigen bijdrage. Tevens verklaart ondergetekende de aanwijzingen van de behandelaar(s), in het belang van de behandeling en nazorg, nauwgezet te zullen opvolgen. Ondertekende gaat er verder mee akkoord dat als er een aansprakelijke partij is het aanvraagformulier wordt doorgestuurd naar de afdeling Verhaalszaken van De Friesland en dat zij in het kader van de schadebehandeling de betrokken medewerkers en medisch adviseurs informatie mogen verstrekken. De informatie wordt strikt vertrouwelijk behandeld.

### 3 Omschrijving van het ongeval

• Beschrijf het ongeval:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

• Is het ongeval veroorzaakt door iemand anders? Zo ja, wilt u dan voor zover bekend de naam- en adresgegevens vermelden?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Vanaf hier in te vullen door de zorgverlener

### 4 Begindatum behandeling

Wat is de datum van het ongeval of de trauma?  -  -

### 5 De behandeling

• Hoe was de tandheelkundige situatie voor het ongeval? Stuur u hiervan de beschikbare röntgeninformatie mee.

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

• Hoe was de tandheelkundige situatie na het ongeval? Stuur u hiervan de beschikbare röntgeninformatie mee.

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

• Uw kostenbegroting

Vergeet niet uw materiaal - of techniekkosten te vermelden op uw begroting. Splitst u ze per prestatiecode?


### 5 Declaratie

Naam declarerende partij (zorgverlener, praktijk of CBT)

AGB-code declarerende partij

### 6 Ondertekening behandelend zorgverlener

De aanvraag wordt alleen in behandeling genomen wanneer

- het aanvraagformulier volledig is ingevuld
- een volledige kostenbegroting is bijgevoegd
- beschikbare röntgeninformatie is bijgevoegd
- indien aanwezig beschikbare digitale mondfoto

Startdatum van de behandeling  -  -

Naam behandelend zorgverlener

De behandelend zorgverlener verklaart de verzekerde of diens wettelijke vertegenwoordiger te hebben voorgelicht over de voor- en nadelen van de voorgenumen behandeling(en) en dit aanvraagformulier naar waarheid te hebben ingevuld.

### 7 Een kopie van deze aanvraag dient voor uw eigen administratie voorzien te zijn van een handtekening van de verzekerde of diens wettelijke vertegenwoordiger.

Datum  -  -

Handtekening verzekerde of diens wettelijke vertegenwoordiger

U kunt het volledig ingevulde formulier uploaden via [defriesland.nl/machtigingmz](https://defriesland.nl/machtigingmz)

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement ([defriesland.nl/privacy](https://defriesland.nl/privacy)) van De Friesland. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft"