

Tandartsverklaring niertransplantatie

Waarom deze folder?

Als u een niertransplantatie krijgt, is het belangrijk dat uw mondgezondheid in orde is. Na de transplantatie gebruikt u medicijnen die het afstoten van de donornier voorkomen. Deze medicijnen verzwakken uw afweersysteem, waardoor u gevoeliger bent voor infecties. Een infectie in de mond kan ernstige gevolgen hebben na een transplantatie. Daarom is het belangrijk dat uw gebit en tandvles volledig gezond zijn voor de operatie.

Wat is een tandartsverklaring?

Dit is een formulier dat uw tandarts invult om te bevestigen dat er geen infecties aanwezig zijn. Zo weten we dat uw gebit in een goede conditie is.

Hoe regelt u dit?

1. Maak op korte termijn een afspraak bij uw tandarts. Geef aan dat u wordt voorbereid op een niertransplantatie.
2. Neem het formulier mee dat u van de transplantatie verpleegkundige heeft gekregen.
3. Laat de tandarts het formulier invullen of een eigen verklaring schrijven.
4. Stuur de tandartsverklaring in de bijgevoegde retourenvelop op naar de dialyse afdeling of geef deze af op de dialyse afdeling.

Wat als u geen tandarts heeft?

Het kan zijn dat u door persoonlijke redenen geen eigen tandarts heeft. U kunt dit met uw maatschappelijk werker van de dialyse afdeling bespreken.

Kosten

De vergoeding hangt af van uw zorgverzekering. Twijfelt u? Neem gerust contact op met uw zorgverzekeraar.

Goed om te weten

- Zonder tandartsverklaring kan uw niertransplantatie vertraging oplopen of zelfs niet doorgaan.
- Houd uw mondgezondheid op peil, ook na de transplantatie.
- Bezoek minimaal twee keer per jaar uw tandarts.

De informatie in deze folder is van algemene aard en is bedoeld om u een beeld te geven van de zorg en voorlichting die u kunt verwachten. In uw situatie kunnen andere adviezen of procedures van toepassing zijn. Deze folder is dan ook slechts een aanvulling op de specifieke (mondelinge) voorlichting van uw specialist of behandelaar.

Tandartsverklaring:

Naam patiënt: _____

Geboortedatum: _____

Laatste tandartsbezoek: _____

Afwijkingen bij gebitscontrole:

Gebitsprothese:

- ☐ Nee
- ☐ Ja, boven / onder (doorstrepen wat niet van toepassing is)

Naam tandarts: _____

Datum: _____

Handtekening:
