

VERWIJSBRIEF

voor de tandarts-gnatholoog
Orofaciale Pijn & Disfunctie (OPD)

Datum verwijzing ____ - ____ - ____

Gegevens verwijzer

Naam behandelaar _____
Naam praktijk _____
Adres _____
Postcode, plaats _____
Telefoonnummer _____
E-mailadres _____

Gegevens patiënt

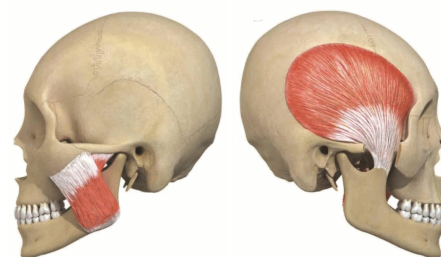
Achternaam _____
Voornaam _____
Geboortedatum _____
Geslacht ☐ Man ☐ Vrouw ☐ Anders
Adres _____
Postcode, plaats _____
BSN-nummer _____
Telefoonnummer _____
E-mailadres _____
Zorgverzekeraar _____

GNATHOLOGIE
—DENTAL—
CARE UTRECHT

Dental Care Utrecht VH

Van Hogendorpstraat 1
3581 KA Utrecht

030 251 95 03 (woensdag – vrijdag)
info@gnathologiedcu.nl
<https://www.dentalcareutrecht.nl>



Reden verwijzing:

- ☐ Temporomandibulaire disfunctie (TMD)
 - ☐ Disfunctie (gewrichtsgeluiden/bewegingsbeperking)
 - ☐ Pijn
- ☐ Aangezichtspijn (orofaciale pijn)
- ☐ Hoofdpijn
- ☐ Tinnitus
- ☐ Dentale pijn
- ☐ Anders, _____

Vraagstelling:

- ☐ Diagnostiek
- ☐ Eventuele behandeling
- ☐ Second opinion

Aanvullende gegevens

Wij verzoeken u vriendelijk tegelijkertijd alle beschikbare informatie mee te zenden, zoals **röntgenfoto's**, relevante tandheelkundige/medische gegevens.

Duur van de pijn (maanden/jaren): _____

Na het ontvangen van de verwijsbrief, zal de patiënt worden uitgenodigd om vragenlijsten in te vullen. Op basis hiervan plannen we een intakegesprek in. De patiënt wordt na de eventuele behandeling terugverwezen.

VERWIJSBRIEF

voor de tandarts-gnatholoog
Orofaciale Pijn & Disfunctie (OPD)

Toelichting (bijzonderheden, voorgaande behandelingen etc.)

GNATHOLOGIE
—DENTAL—
CARE UTRECHT

Dental Care Utrecht VH
Van Hogendorpstraat 1
3581 KA Utrecht

030 251 95 03 (woensdag – vrijdag)
info@gnathologiedcu.nl
<https://www.dentalcareutrecht.nl>