

# 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 \_\_\_\_\_

# UNCLENCH

## Kaakchirurgie Zuidas

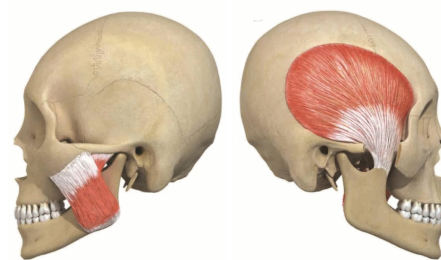
Gelrestraat 314  
1079 MZ Amsterdam



☎ 020 308 60 55 (maandag – vrijdag)

✉ info@unclench.nl

🌐 kaakchirurgiezuidas.com



## 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 verwijfsbrief, 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.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# UNCLENCH

**Kaakchirurgie Zuidas**  
Gelrestraat 314  
1079 MZ Amsterdam

📞 020 308 60 55 (maandag – vrijdag)  
✉ info@unclench.nl  
🌐 kaakchirurgiezuidas.com



Kaakchirurgie  
Zuidas