

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

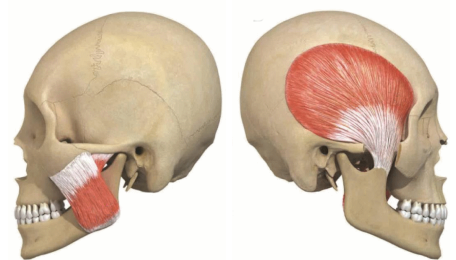
Achternaam _____
Voornaam _____
Geboortedatum _____
Geslacht ☐ Man ☐ Vrouw ☐ Anders
Adres _____
Postcode, plaats _____
BSN-nummer _____
Telefoonnummer _____
E-mailadres _____
Zorgverzekeraar _____

UNCLENCH

Kaakchirurgie Zuidas
Gelrestraat 314
1079 MZ Amsterdam



020 308 60 55 (maandag – vrijdag)
gnathologie@kaakchirurgie-zuidas.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 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.

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

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

020 308 60 55 (maandag – vrijdag)
gnathologie@kaakchirurgie-zuidas.nl
kaakchirurgiezuidas.com



Kaakchirurgie Zuidas