

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

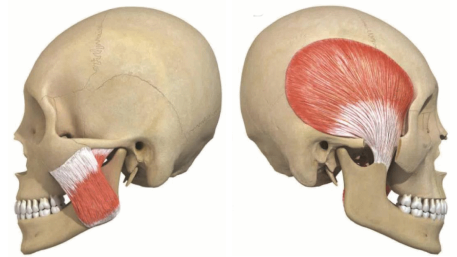
Dental Care Utrecht VH

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 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.

