


Standaard Verwijsbrief

Voor verwijzing naar een instelling voor bijzondere tandheelkunde

Naamstempel Tandarts Telefoon Datum verwijzing:-.....-.....	Centrum bijzondere tandheelkunde	
		Gegevens patiënt (verplicht)
	Naam: M/V	
	Adres:.....	
	Postcode:..... Woonplaats.....	
	Geboortedatum:-.....-..... Telefoon	
BSN nummer:.....		
E-mailadres:		
Verzekering Polisnummer:.....		

Verzoek (verplicht)

- advies en terug verwijzing
- tijdelijke overname van behandeling
- gedeeltelijke behandeling
- gehele behandeling (niet mogelijk bij verwijzing vanwege angst)
-

Relevante historie (verplicht)

Reden van verwijzing (verplicht)

- angstig kind
- angstige volwassene
- lichamelijke en/of geestelijke beperking
- aangeboren en/of verworven kaakproblemen
- hyperreflex kokhalspatiënt

Eigen bevindingen (verplicht)

Eigen inspanningen t.a.v. het geconstateerde probleem en het resultaat (verplicht)

Concrete vraagstelling (verplicht)

Wensen t.a.v. eventuele participatie in de behandeling

.....
Handtekening tandarts (verplicht)