# Standaard Verwijsbrief

Voor verwijzing naar een instelling voor bijzondere tandheelkunde

|  |  |
| --- | --- |
| Naamstempel TandartsTelefoon …………………………………………Datum verwijzing: ……..…-…….…-.……… | Centrum bijzondere tandheelkundecid:image003.png@01D3C73A.844596A0 Gegevens patiënt (verplicht)Naam: …………………………………………………………………….……………….. M/VAdres:……………………………………………………………………………………………….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)