# Standaard Verwijsbrief

Voor verwijzing naar een instelling voor bijzondere tandheelkunde

|  |  |
| --- | --- |
| Naamstempel Tandarts  Telefoon …………………………………………  Datum verwijzing: ……..…-…….…-.……… | Centrum bijzondere tandheelkunde cid:image003.png@01D3C73A.844596A0 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)