

Standaard verwijfsbrief

voor verwijzing naar het Centrum Bijzondere Tandheekunde, Medisch Spectrum Twente
Haaksbergerstraat 55, 7513 ER Enschede, tel. 053-4872710, email cbt@mst.nl
fax: 053-4876127



<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p>naamstempel tandarts</p> <p>telefoon:</p> <p>datum verwijzing: - -</p>	Gegevens patiënt:
	naam: m/v
	adres:
	postcode: woonplaats:
	geboortedatum: - - telefoon:
	verzekering inschrijvingsnr.:
	polisnummer:

Verzoek:

advies en terugverwijzing

tijdelijke overname van behandeling gedeeltelijke behandeling

gehele behandeling

.....

Relevante historie

.....

Eigen bevindingen

.....

Eigen inspanningen t.a.v. het geconstateerde probleem en het resultaat

.....

Concrete vraagstelling

.....

Wensen t.a.v. eventuele participatie in de behandeling handtekening tandarts
--	--------------------------------

VERWIJZING BIJZONDERE TANDHEELKUNDE