**TMD diagnostische criteria voor centrumindicatie   
ten behoeve van aanvraag machtiging door verzekeraar**

Datum: ........................... (patiëntensticker)

Bijlage aanvraag machtiging

Kopie in map

Patiënt moet voldoen aan tenminste één criterium, meestal meer dan één criterium per categorie aangeven, verwijzing is aanwezig, lijst is niet limitatief.

Ernstige acute TMD gewrichtsaandoening (hevige pijn, discusverplaatsing, arthritis).

Ernstige acute myogene aandoening (trismus).

Ernstige acute orofaciale pijn (nog geen diagnose, geen ethiologische of causale factoren opgespoord in eerste of tweede lijn).

Ernstige acute myo-/arthrogene aandoening ...........

Ernstige persisterende myogene aandoening, ....... maanden

Ernstige recidiverende myogene aandoening

 Ernstige persisterende arthrogene aandoening, ....... maanden

Ernstige recidiverende arthrogene aandoening

Ernstige persisterende myo-/arthrogene aandoening, ....... maanden

Ernstige recidiverende myo-/arthrogene aandoening

Ernstige chronische pijnklachten (> 3 maanden) in het kauworgaan en aangrenzende regio’s (nog geen diagnose, geen ethiologische of causale factoren opgespoord in eerste of tweede lijn).

A ernstige groeistoornis/malocclusie/dysgnathie

B trauma/chirurgie/radiotherapie

C ernstige parafunctionele activiteit

D neoplasma nl: .................................................................

E neurologische afwijking nl: ................................................................

F psychosociale factoren

Ernstige TMD als onderdeel van een uitgebreid pijnsyndroom van het bewegingsapparaat, namelijk: ................................................................

Overige: ................................................................................................................................