**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: ................................................................................................................................