

Henvielse til
KÆBEKIRURGI

FELTER MÆRKET * SKAL UDFYLDES

HENVISENDE TANDLÆGE		
Navn *		
Firma *		
Adresse *		
Postnr *	By *	
Tlf *	Email	

PATIENTOPLYSNINGER		
Patientens navn *		
Cpr. nr. *		
Adresse *		
Postnr *	By *	
Tlf privat	Tlf arbejde	Tlf mobil
Email		

DIAGNOSE
Diagnose

BEHANDLINGER		
Evt. tidligere behandlinger		
Ønsket implantatsystem		
Følgende behandling foreslås/ønskes		
Har pt. smerter *	Nej	Ja

RØNTGEN		
Henvielse tandlæge fremsender billede	Nej	Ja

SUPRASTRUKTUR / SUTURER		
Henvielse tandlæge står selv for suprastruktur *	Nej	Ja
Suturer fjernes af henvielse tandlæge *	Nej	Ja

INDKALDELSE	
<input type="checkbox"/> Pt bedes indkaldt	<input type="checkbox"/> Pt ringer for tid

SPECIALTANDLÆGERNE VED FARØBROERNE

KLINIK FOR TANDREGULERING, ORAL KIRURGI & IMPLANTATER