

Henviſning til  
**RØNGTEN**

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
evt. diagnose

INDIKATION FOR RØNTGENUNDERSØGELSE

RØNTGENOPTAGELSE		
<input type="checkbox"/> Panoramarøntgen (Ortopan)	<input type="checkbox"/> Profil-røntgen	<input type="checkbox"/> Frontal-røntgen (anterior-posterior)

KÆBELEDSOPTAGELSE		
<input type="checkbox"/> Begge kæbeled	<input type="checkbox"/> Højre kæbeled	<input type="checkbox"/> Venstre kæbeled

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

**SPECIALTANDLÆGERNE VED FARØBROERNE**

KLINIK FOR TANDREGULERING, ORAL KIRURGI & IMPLANTATER