

Henvising til  
**TANDREGULERING**

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
Andet (eks. tidligere marg. parodontitis)

BEHANDLINGER
Følgende behandling foreslås/ønskes

RØNTGEN		
Henvisende tandlæge fremsender billede	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