



Patient

Felter markeret med en * skal udfyldes

Dato:

Patientens navn*		Patientens cpr-nummer*	
Postnummer*	By*		
Telefonnummer*		E-mail*	

Henvises for*	
OP-rtg, med beskrivelse	OP-rtg, uden beskrivelse
Cone-beam CT	Implantatbehandling
Oral kirurgi	Oral rehabilitering
Konsultation	Andet

Diagnose / kliniske oplysninger*	Ønsket behandling*

Ønsket implantatsystem (udfyldes kun hvis patienten er henvist for implantantbehandling)

Astra-densply	Straumann	Nobel	Camlog
---------------	-----------	-------	--------

Røntgen vedlagt	Røntgen ønskes retur	Suturer fjernes af henvisende behandler*
Ja Antal Nej	Ja Nej	Ja Nej

Indkaldelse

Patienten ringer selv for tid	Bedes indkaldt	Patienten har tid d. kl.
-------------------------------	----------------	-----------------------------

Send flere henvisningsblanketter	Send flere mødekort
----------------------------------	---------------------

Klinik

København	Roskilde	Kalundborg
-----------	----------	------------

Behandlere

Tore Lifolii	Simon Storgård	Jesper Øland	Libana Bjørnstrup
Karoline Marcussen	Even Nisja	Morten Dahl	Cæcilie Havndrup
Klaus Godtfredsen	Brian Andersen	Først ledige	



Henviser

Behandlingsansvarlig tandlæge/tandplejer*

Kliniknavn*

Postnummer*

By*

Telefonnummer*

E-mail*

Patientsamtykke

Patienten giver samtykke til at han/hun kontaktes af Specialtandlægerne Sjælland med henblik på videre planlægning af behandling/konsultation på klinikken. Patienten kan til ethvert tidspunkt trække sit samtykke tilbage.*

Ja

Nej

Dato, stempel og underskrift *
(dette felt udelades, hvis udfyldt elektronisk)