



Behandlere

Henvisende tandlæge:	
Klinik:	
Adresse:	
Telefon:	Email:
Andre oplysninger:	

Patient

Navn:	
CPR-nummer:	
Adresse:	
Telefon privat:	Telefon arbejde:

Allergier:
Mediciner:
Forrige tandbehandling:
Andre relevante oplysninger:

Vedlagt	Røntgen: <input type="checkbox"/> ___st	Kliniske billeder: <input type="checkbox"/> ___st	Journal: <input type="checkbox"/>
----------------	---	---	-----------------------------------

Henvises for						
<input type="checkbox"/> Endodonti	<input type="checkbox"/> Protetik	<input type="checkbox"/> Implantat	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> Ortodonti	<input type="checkbox"/> Oral Kirurgi	<input type="checkbox"/> Erklæring

Patient problemer og klage:
Ønskede behandling:
Andre oplysninger:

Dato og Underskrift	Stempel
---------------------	---------

Send venligst formularen med post, e-mail eller fax