HENVISNING sendes til:

Afdelingen for
Tand-, Mund- og Kæbekirurgi
Tandlægeskolen
Nørre Allé 20
2200 København N

Henvisninger bedes stilet til
instituttet, **ikke** til enkeltpersoner

Til undersøgelse/behandling bedes De modtage

Efternavn	Pt.'s CPRNR.										
Fornavne	Telefon, egen										
Adresse	Telefon, arbejde										
Postnr.: By:	Kan evt. benyttes										
For børn: Forældres (værges) navn (og adresse)											
Henvises for:	Antal røntgenoptagelser vedlagt:_____										
Tentativ diagnose:	Kan beholdes…….. ☐ Ønskes retur …….. ☐										
Symptomer, subj. og obj., tidligere behandling, bemærkninger, andet:											
Har pt. tidl. været behandlet på Tandlægeskolen i København: Ja ☐ Nej ☐ Evt. jr.nr.:											

Henvist d. / 20
Af:

navn, titel, adr. tlf., - anvend blokbogstaver eller stempel

_____
(Underskrift)