

Henvisning – Specialklinik for endodonti

Henvisende tandlæge			
Navn :			
Telefonnummer:		E-mail:	
CVR-nummer:		EAN-nummer:	

Patientoplysninger			
Navn :			
Fødselsdato:			
Telefonnummer:		E-mail:	
Udredning/Tentativ diagnose/Tidligere behandling:			
Relevante helbredsoplysninger:			

Behandling	
Ønsket behandling: (sæt kryds)	
<input type="checkbox"/>	Rodbehandling
<input type="checkbox"/>	Revisionsbehandling (ortograd)
<input type="checkbox"/>	Andet:
Indkaldelse: (sæt kryds)	
<input type="checkbox"/>	Patienten ringer selv
<input type="checkbox"/>	Patienten ønskes indkaldt
<input type="checkbox"/>	Har allerede tid
Vedlagt materiale (sæt kryds)	
<input type="checkbox"/>	Digital røntgenoptagelse
<input type="checkbox"/>	Andet:

Skemaet udfyldes og sendes som vedhæftet fil via EDI-portalen til Tandlægeskolen/Odontologisk Institut