

Henvisning – Specialklinik for parodontologi

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"/>	Assistance vedr. diagnosticering og behandlingsplanlægning		
<input type="checkbox"/>	Mikrobiologisk udredning (identifikation og resistensbestemmelse)		
<input type="checkbox"/>	Kirurgisk parodontalbehandling		
<input type="checkbox"/>	Andet:		
<input type="checkbox"/>			
Indkaldelse: (sæt kryds)			
<input type="checkbox"/>	Patienten ringer selv		
<input type="checkbox"/>	Patienten ønskes indkaldt		
<input type="checkbox"/>	Har allerede tid (angiv venligst dato og tidspunkt)		
Vedlagt materiale (sæt kryds)			
<input type="checkbox"/>	Digital røntgenoptagelse		
<input type="checkbox"/>	Andet:		
<input type="checkbox"/>			

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