Henvisning til 3D optagelser til Rebild Tandplejen.

Henvisende tandlæge:

Dato:

Navn:

Adresse:

Tlf.nr.:

Mailadresse:

EAN nr.:

Henvist patient:

Efternavn:

Fornavn(e):

CPR.nr.:

Adresse:

Tlf.nr.: Mobil nr.:

Mor/far CPR.nr:
tiden sendes på E-Boks

Ønsket undersøgelse:

CBCT:

Retinerede tænder: **Husk vedhæfter 2D røntgen.**

Kæbeled:

Endodontisk problemstilling: **Husk vedhæfter 2D røntgen.**

Implantatplanlægning:

Mistanke om cyste/tumor: **Husk vedhæfter 2D røntgen.**

Indikation for undersøgelsen:

Tidligere foretagne relevante undersøgelser:

Indikation for undersøgelsen herunder kliniske fund:

Henvisende tandlæge bekræfter med sin underskrift, at der er givet informeret samtykke af patienten og/eller indehaveren af forældremyndigheden i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer:

_____

Dato Underskrift henvisende tandlæge

Udfyldes af certificeret tandlæge:

Indikation af 3D optagelser godkendt af:_____

Dato Specialtandlæge