Henvisning til 3D optagelser på Reguleringsklinikken.

Henvisende tandlæge: Henvist patient:

Dato: Efternavn:

Navn: Fornavn(e):

Adresse: CPR.nr.:

Tlf.nr.: Adresse:

Mailadresse: Tlf.nr.: Mobil nr.:

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

Ønsket undersøgelse:

CBCT:

Retinerede tænder:

Kæbeled:

Endodontisk problemstilling:

Implantatplanlægning:

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 Reguleringsklinikken:

Indikation af 3D optagelser godkendt af:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dato Specialtandlæge