

HENVISNING

Henvisende klinik:

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr. og by: _____

Tlf.: _____

Henviste patient:

Navn: _____

Cprnr.: _____

Adresse: _____

Postnr. og by: _____

Tlf. privat: _____

Tlf. arb.: _____

Hvad ønsker patienten?

Hvilken behandling er foreslået?

Evt. specielle forhold.:

Patientens helbred:

Kroniske sygdomme	ja()	nej()
Allergier	ja()	nej()
Blodtryksproblemer	ja()	nej()
Hjerteproblemer	ja()	nej()
Strålebehandling	ja()	nej()

Studiemodeller vedlagt	ja()	nej()
Panoramarøntgen vedlagt	ja()	nej()

Behandling afregnes med patienten	()
eller med henvisende klinik	()