

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 | () |