

Remissblankett



Datum:

Remitterande klinik

Patient

Tandläkare:
Klinik:
Adress:
Telefon:
Fax:
E-mail:

Personnummer:
Namn:
Adress:
Telefon bostad:
Telefon mobil:
E-mail:

Frågeställning/Önskad behandling:

.....
.....
.....
.....

Anamnes/Status:

.....
.....
.....
.....

Eventuell påbörjad behandling:

.....
.....
.....
.....

Vänligen bifoga röntgen/foto på cd-skiva eller pappersutskrift

Signatur: