

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:

Edvard Griegsgången 13, 1tr | Tel 08-122 120 00 | info@tandcentralen.se | www.tandcentralen.se