

HENVISNING for BILLEDDIAGNOSTISK UNDERSØGELSE

PATIENT:

Navn: _____ Cpr. nr.: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

Telefon privat: _____ Telefon arbejde: _____ Telefon mobil: _____

E-mail: _____

Ønsket røntgenoptagelse

Panoramaoptagelse

Cone beam CT

Evt. dato for tidligere tilsvarende røntgenundersøgelse:

Indikation:

Kliniske oplysninger:

HENVISER:

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

Telefon: _____ E-mail: _____ Sikker e-mail: _____

Epikrise ønskes tilsendt pr. sikker e-mail pr. brev

Kommentar