

HENVISNING *for* KIRURGI

PATIENT:

Navn: _____ Cpr. nr.: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

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

E-mail: _____

Diagnose/kliniske oplysninger:

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

Ønsket behandling:

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

Røntgen vedlagt ja nej Antal: Røntgen ønskes retur ja nej

HENVISER:

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

INDKALDELSE

Patient ringer selv for tid Bedes indkaldt Kommentar:

Epikrise ønskes tilsendt pr. e-mail pr. brev