

HENVISNING for IMPLANTATBEHANDLING

PATIENT:

Navn: _____ Cpr. nr.: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

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

E-mail: _____

Eventuelle kliniske oplysninger:

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

Der foreslås følgende behandling:

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

Implantatsystem: Astra Nobel Straumann

Henviser står selv for suprastruktur? 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