

Henvisning til CBCT (3D) scanning

| | |
|---|--|
| <p>Sendes til: Slangerup Skoles Tandklinik Afdeling Kingo Strandstræde 28D, 3550 Slangerup Tlf. 47 35 27 40 Evt. via EDI-portalen Frederikssund Kommunes Tandpleje eller som sikker mail til sikkerposttandplejen@frederikssund.dk</p> | <p>Til internt brug:</p> <p>Henvisning godkendt <input type="checkbox"/></p> <p>Henvisning ikke godkendt <input type="checkbox"/></p> <p>Optagelsesfelt:</p> <p>Dato: Initialer:</p> |
|---|--|

Dato:

Oplysninger om patienten:

| | |
|---------|---------|
| Navn | Cpr.nr. |
| Adresse | |

Forældre:

| | |
|--------------------------------|--|
| Navn | |
| Tlf.nr. | E-mail adr. |
| Informeret samtykke indhentet: | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |

Formål og indikation for optagelsen:

| |
|---|
| Diagnose: |
| Evt. bemærkninger: |
| Der skal vedlægges nyere OP og/eller enoral røntgen |

Oplysninger om henviser:

| | | |
|-----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Tandlæge/Navn | | |
| Adresse: | | |
| Tlf.nr. | CVR nr. | EAN nr. |
| Henvisningskommune | | |
| Optagelsen ønskes sendt retur på: | EDI <input type="checkbox"/> | CD-Rom <input type="checkbox"/> |