

HENVISNING – TANDIMPLANTATER

Implantatkl. Bagsværd – Bagsværd Hovedgade 99 1. 2880 Bagsværd
tlf: 44 98 34 20 – mail: tand@gutte.dk ; fax: 4498 10 62 – www.tandgutte.dk

(kan kopieres)

Patient: Navn: _____
Personnr. _____ - _____
Adresse: _____
Telefon : Hjem/mobil _____ arbejde: _____

Hvilken tand/tænder/region henvises for: _____

afkryds:

Antal RTG vedlagt: _____
(returneres)

Ringer patienten selv for at aftale tid til forus? _____
ja _____ nej _____

Kan vi indkalde patienten til suppl. forundersøgelse
hvis vi skønner det nødvendigt ? _____
ja _____ nej, ring venligst _____

Hvem skal udføre suprastruktur(er) _____
os _____ henv. tandlæge _____

Hvem skal fakturere patienten? _____
os _____ henv. tandlæge _____

Medicinsk anamnese: _____
i.a. _____ sygdom*, skrives under
øvrige emærkninger _____

Specifikt ønske om implantat-system: ja _____ nej _____
(Ankylos, Astra, Straumann)

Øvrige bemærkninger _____

dato:

henvisende tandlæge: _____ e-mail: _____
(stempel m. telefonnr)

*bemærk især: Penicillinallergi, A/K- behandling, hjertesygdomme, svært forhøjet blodtryk, anden alvorlig sygd.