



Tandlægerne Enghave Plads

- Henvisningsblanket Endodonti -

Denne blanket kan udfyldes på skærmen. Gem en kopi i journalen og send blanketten til kontakt@tep6.dk

Patient

CPR:	
Navn:	
Adresse:	
Telefon 1:	Telefon 2:
E-mail:	

Diagnose og tidligere behandling

Diagnose:	
Tidligere behandling:	
Bilag (bedes sendt separat)	

Ønsket behandling

<input type="checkbox"/> , Rodbehandling	<input type="checkbox"/> , Revision	<input type="checkbox"/> , Fraktureret rodfile	<input type="checkbox"/> , Konsultation	<input type="checkbox"/> , Andet
Yderlige informationer				

Aftaledetaljer

Patient har akutte problemer <input type="checkbox"/> ,			
<input type="checkbox"/> , Pt. har tid hos jer d.	kl.	Pt. bedes indkaldt <input type="checkbox"/> ,	Pt. Ringer selv <input type="checkbox"/> ,

Henviser

Klinik:	
E-mail:	
Stempel (ikke nødvendigt ved elektronisk forsendelse)	Dato:
	Underskrift (ved elektronisk forsendelse navn)

E:\Praksisdokumenter\Henvisningsblanketter til hjemmesiden\Endo\Henvisningsblanket (endo).20111107.odt