

## Henvisning – Oral kirurgi



Henvisende tandlæge			
Navn :			
Telefonnummer:		E-mail:	
Adresse:			
Postnummer:		By:	
CVR-nummer:		EAN-nummer:	

Dato for henvisning: \_\_\_\_\_

Patientoplysninger			
Navn :			
CPR-nummer:			
Adresse:			
Postnummer:		By:	
Telefonnummer:		E-mail:	
Patienten har tidligere været behandlet på Tandlægeskolen		Ja:	Nej:

Henvisningsårsag
Patienten henvises for:
Tentativ diagnose:
Symptomer, subjektive og objektive:
Tidligere behandling:
Andet:

Vedlagt materiale (sæt kryds)	
<input type="checkbox"/>	Digital røntgenoptagelse
<input type="checkbox"/>	Klinisk foto
<input type="checkbox"/>	Andet:
<input type="checkbox"/>	

Skemaet sendes via EDI-portalen til Tandlægeskolen/Odontologisk Institut (vælg *Specialtandlæger* og tlf. 35 32 65 09) eller til sikker mail: [oralkirurgi@sund.ku.dk](mailto:oralkirurgi@sund.ku.dk)