



## Henvisning – Røntgenoptagelse

Henvisende tandlæge			
Navn :			
Telefonnummer:		E-mail:	
CVR-nummer:		EAN-nummer:	

Bemærk at der altid afregnes med den henvisende tandlæge. Hvis henviser ønsker DICOM-filer fra CBCT-optagelsen og study viewer tilsendt, koster det 275 kr. (sendes på krypeteret USB-stik)

Patientoplysninger			
Navn :			
Fødselsdato:			
Telefonnummer:		E-mail:	

Indikation og samtykke	
Anfør relevante kliniske fund og symptomer:	
Dato for tidligere tilsvarende undersøgelse (hvis foretaget):	
<b>Vedlagt materiale (sæt kryds)</b> Billeder bedes anført med dato for optagelse	
<input type="checkbox"/>	Digital røntgenoptagelse
<input type="checkbox"/>	Andet:
<b>Informeret samtykke (sæt kryds)</b>	
<input type="checkbox"/>	Der foreligger mundtligt informeret samtykke
<input type="checkbox"/>	Skriftligt samtykke vedhæftes

Optagelser (sæt kryds)	
<b>Intraorale optagelser: (sæt kryds)</b>	
<input type="checkbox"/>	Periapikale optagelser
<input type="checkbox"/>	Lokalisationsbestemmelse
<input type="checkbox"/>	Halvaksial OK
<input type="checkbox"/>	Aksial UK
Angiv region:	
<b>Ekstraorale optagelser: (sæt kryds)</b>	
<input type="checkbox"/>	Panoramaoptagelse (der udføres ikke opmåling af knoglehøjde på panoramaoptagelser)
<input type="checkbox"/>	Sektioneret/indblændet panoramaoptagelse
<input type="checkbox"/>	Cone Beam CT (enoral optagelse eller panoramaoptagelse skal medsendes)
<input type="checkbox"/>	Posterior-anterior optagelse
<input type="checkbox"/>	Profiloptagelse
Angiv region:	

Skemaet sendes via EDI-portalen til Tandlægeskolen/Odontologisk Institut (vælg Specialtandlæger og tlf. 35 32 35 90) eller til sikker mail: [rtg@sund.ku.dk](mailto:rtg@sund.ku.dk)

**Internt brug:**

Henvisning visit, dato/initialer: \_\_\_\_\_  
 Sendt til HH, dato/initialer: \_\_\_\_\_  
 Henvisn., visiteret, dato/initialer: \_\_\_\_\_  
 Fov: \_\_\_\_\_