



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 krypteret USB-stik)

Patientoplysninger			
Navn :			
Fødselsdato:			
Telefonnummer:		E-mail:	

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

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