



# Henvisning- Oral kirurgi

Dato:

## Henvisende tandlæge:

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

## Patientoplysninger:

Navn:			
CPR-nummer:			
Adresse:			
Postnummer:		By:	
Telefonnummer:		E-mail:	

## Henvisningsårsag:

Patienten henvises for:

Tentativ diagnose:

Symptomer, subjektive og objektive:



Tidligere behandling:

Andet:

Vedlagt materiale:

- Digital røntgenoptagelse
- Klinisk foto
- Andet:

Skemaet sendes via EDI-portalen til Tandlægeskolen/Odontologisk Institut (vælg Tandlæger og telefon 35 32 69 09) eller til sikker mail: [oralkirurgi@sund.ku.dk](mailto:oralkirurgi@sund.ku.dk)