



Henvisning- Oral medicin

Patientgebyr: 550 kr. for konsultation og 1.000 kr. for en evt. vævsprøve

Dato:	
-------	--

Henvisende tandlæge:

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

Patientoplysninger:

Navn:			
CPR-nummer:			
Adresse:			
Postnummer:		By:	
Telefonnummer:		E-mail:	
Taler patienten dansk?	Ja	Nej	
Hvis nej, skal patienten selv sørge for tolkebistand			

Henvisningsårsag:

Patienten henvises til undersøgelse/behandling for:

--

Malignitetssuspicio:

Ja

Nej

Hvis ja, beskriv venligst:



Beskriv venligst følgende:

Subjektive symptomer, herunder varighed, akutte smerter; Objektive fund; Helbredsoplysninger; (aktuelle/tidligere sygdomme); Medicinforbrug

--

Vedlagt materiale:

- Digital røntgenoptagelse

Optagelsesdato:	
-----------------	--

- Klinisk foto

Optagelsesdato:	
-----------------	--

- Andet

Beskriv:	
----------	--

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