



# Henvisning- Røntgenoptagelse

Dato:

## Henvisende tandlæge:

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

Bemærk at der altid afregnes med den henvisende tandlæge.

## Patientoplysninger:

Navn:			
Fødselsdato:			
Telefonnummer:		E-mail:	

## Indikation og samtykke:

Angiv relevante klinisk fund og symptomer:

Dato for tidligere tilsvarende undersøgelse (hvis foretaget):	



## Ønsket optagelsestype

### Intraorale optagelser:

- Periapikale optagelser
- Lokalisationsbestemmelse
- Halvaksial OK
- Aksial UK

Angiv region:

--

### Ekstraorale optagelser:

- Panoramaoptagelser (der udføres ikke opmåling af knoglehøjde på panoramaoptagelser)
- Sektioneret/indblændet panoramaoptagelse
- Cone Beam CT (enoral optagelse eller panoramaoptagelse skal medsendes)
- Posterior-anterior optagelse
- Profiloptyagelse

Angiv region:

--

## Vedlagt materiale:

Billeder bedes angivet med dato for optagelse

- Digital røntgenoptagelse

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

- Andet

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

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