|  |  |
| --- | --- |
| **Henvisningsblanket** | Logo_uden baggrund.png |
| **Patientoplysninger:** |
| Navn |
|  | CPR-nummer |
| Vej | By | Postnummer |
|  |  |  |
| Mail | Telefon | Mobil |
|  |  |  |
| Diagnose og symptomer |
|  |
| Ønsket behandling  |
|  |
| Kommentar |
|  |
| Medsendes røntgenbilleder? | Ja | Nej | Ønskes behandlingen afsluttet med en rodstift? | Ja | Nej |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Ønskes der opfølgende røntgenkontrol? | Ja | Nej | Ønskes behandlingen afsluttet med en plastfyldning? | Ja | Nej |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Henvist af:** |
| Klinik |
| Navn |
|  |
| Telefon | E-mail | Dato |
|  |  |  |