|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | | | |