

# Henvisningsblanket



## 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