

Henvisning til CBCT (3D) scanning:

<p>Sendes til: Slangerup Skoles Tandklinik Afdeling Kingo Strandstræde 28D, 3550 Slangerup Tlf. 47 35 27 40 Evt. via EDI-portalen Frederikssund Kommunes Tandpleje eller som sikker mail til sikkerposttandplejen@frederikssund.dk</p>	<p>Til internt brug:</p> <p>Henvisning godkendt <input type="checkbox"/></p> <p>Henvisning ikke godkendt <input type="checkbox"/></p> <p>Optagelsesfelt:</p> <p>Dato: _____ Initialer: _____</p>
--	---

Dato :

Oplysninger om patienten:

Navn	Cpr.nr.
Adresse	

Forældre:

Navn	
Tlf.nr.	E-mail adr.
Informeret samtykke indhentet:	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>

Formål og indikation for optagelsen:

Diagnose:
Evt. bemærkninger:
Der skal vedlægges nyere OP og/eller enoral røntgen

Oplysninger om henviser:

Tandlæge/Navn		
Adresse		
Tlf.nr.	CVR nr.	EAN nr.
Henvisningskommune		
Optagelsen ønskes sendt retur på :	EDI <input type="checkbox"/>	CD-Rom <input type="checkbox"/>