

Henvisninger for kirurgi



SPSJ
specialtandlægerne
sjælland

Patient

Felter markeret med en * skal udfyldes

Dato:

Patientens navn*		Patientens cpr-nummer*	
Postnummer*	By*		
Telefonnummer*		E-mail*	

Henvises for*	
OP-rtg, med beskrivelse	OP-rtg, uden beskrivelse
Cone-beam CT	Implantatbehandling
Oral kirurgi	Oral rehabilitering
Konsultation	Andet

Diagnose / kliniske oplysninger*	Ønsket behandling*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ønsket implantatsystem	Henvisende tandlæge fremstiller suprastruktur	
Astra-densply <input type="text"/>	Straumann <input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Røntgen vedlagt	Røntgen ønskes retur	Suturer fjernes af henvisende behandler*
Ja <input type="checkbox"/> Antal <input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Indkaldelse		
Patienten ringer selv for tid <input type="checkbox"/>	Bedes indkaldt <input type="checkbox"/>	Patienten har tid d. <input type="text"/> kl. <input type="text"/>

Send flere henvisningsblanketter <input type="checkbox"/>	Send flere mødekort <input type="checkbox"/>
---	--

Klinik		
København <input type="checkbox"/>	Roskilde <input type="checkbox"/>	Kalundborg <input type="checkbox"/>

Behandlere		
Tore Lifolii <input type="checkbox"/>	Simon Storgård <input type="checkbox"/>	Jesper Øland <input type="checkbox"/>
Libana Bjørnstrup <input type="checkbox"/>	Karoline Marcussen <input type="checkbox"/>	Even Nisja <input type="checkbox"/>
Kristian Thesbjerg <input type="checkbox"/>	Marie Kjærgaard Larsen <input type="checkbox"/>	Morten Dahl <input type="checkbox"/>
Cæcilie Havndrup <input type="checkbox"/>	Frederik Ohm Buch <input type="checkbox"/>	Klaus Godtfredsen <input type="checkbox"/>
Peter Lindkvist <input type="checkbox"/>	Jan Frydensberg Thomsen <input type="checkbox"/>	Brian Andersen <input type="checkbox"/>
Først ledige <input type="checkbox"/>		



Henviser

Behandlingsansvarlig tandlæge/tandplejer*		Kliniknavn*
Postnummer*	By*	
Telefonnummer*	E-mail*	

Patientsamtykke

Patienten giver samtykke til at han/hun kontaktes af Specialtandlægerne Sjælland med henblik på videre planlægning af behandling/konsultation på klinikken. Patienten kan til ethvert tidspunkt trække sit samtykke tilbage.*

 Ja Nej

Dato, stempel og underskrift *
(dette felt udelades, hvis udfyldt elektronisk)