



Henvisningsblanket

Navn : _____ Cpr.: _____

Adresse : _____

Postnr. : _____ By: _____

Tlf. privat: _____ Arbejde: _____ Mobil: _____

E-mail: _____

Henvisningsårsag:

Ønsket behandling:

Implantattype: Replace Select
Astra
ITI / Straumann
Nobel Active
Bränemark

Jeg laver selv protetik:

Antal røntgen vedlagt: _____ stk. Ønskes retur: Ja tak Nej tak

Røntgen fremsendt pr. mail: Ja

Cone Beam CT scanning: Ja

Afsender:

Tandlæge Tandplejer Klinisk tandtekniker Andet

Navn: _____ Tlf.: _____

Stempel

Dato: _____ Underskrift: _____

Birgitte Skadborg
Tandlæge

Lene Dahl Kromm
Tandlæge

Jesper Ø. Sterndorff
Tandlæge

Martin Persson
Tandlæge

Bente Winther
Tandlæge

Christian Dalby
Tandlæge

Pernille Høy
Tandlæge

Camilla Kristensen
Tandlæge

John Jensen
Specialtandlæge i
kirurgi, Ph.d.

Martin Dahl
Specialtandlæge i
kirurgi

Jens Hartlev
Specialtandlæge i
Kirurgi

Kristoffer Schwartz
Specialtandlæge i
Kirurgi

Carsten Lemor
Specialtandlæge i
Ortodonti

Eva Karring
Tandlæge, Ph.d.
Specialist i parodontose

Lars Guttorm
Speciallæge i anæstesi

Birgit K. Høegh
Tandplejer

Malene Molberg
Tandplejer

Pernille Poulsen
Tandplejer