



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

Christian Dalby
Tandlæge

Pernille Høy
Tandlæge

Camilla T. Kristensen
Tandlæge

Lone H. Poulsen
Tandlæge

John Jensen
Specialtandlæge i kirurgi,
Ph.d.

Martin Dahl
Specialtandlæge i kirurgi

Jens Hartlev
Specialtandlæge i kirurgi,
Ph.d.

Kristoffer Schwartz
Specialtandlæge i kirurgi

Carsten Lemor
Specialtandlæge i Ortodonti

Eva Sidelmann Karring
Tandlæge, Ph.d.
Specialist i parodontose

Lars Guttorm
Speciallæge i anæstesi

Birgit K. Høegh
Tandplejer

Malene Molberg
Tandplejer

Pernille Poulsen
Tandplejer