Rigshospitalet

HENVISNING

TAND-MUND-KÆBEKIRURGISK KLINIK

Sendes eller faxes (3545 2364) til: Rigshospitalet, Afsnit 2002, Blegdamsvej 9, 2100 Kbh. Ø.

Navn:	**Personnr.:**
Adresse:	**Telefonnr: arb. / mobil**
Postnr.: **By:**	**Telefonnr. privat:**

Henvises for behandling af:	**Antal røntgenoptagelser vedlagt: ____** **Ønskes retur: Ja ☐ Nej ☐**
Tentativ diagnose:	**Modeller vedlagt: ____** **Ønskes retur: Ja ☐ Nej ☐**
Tidligere henvist til Tand-Mund-Kæbekirurgisk Klinik: Ja ☐ Nej ☐	

Medicinforbrug:

_____

_____

Specifik beskrivelse af subjektive og objektive fund:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Evt. motivering for <u>fremskyndet</u> indkaldelse: ☐ **Akut** ☐ **Mistanke om malignitet** ☐ **Andet**	**Henvist den / 20** _____ **Underskrift**

<u>Ydernr</u>.: **Stempel eller navn, adresse og tel. nr.**	**Til Tand-Mund-Kæbekirurgisk Kliniks brug:**