Rigshospitalet

HENVISNING

TAND-MUND-KÆBEKIRURGISK KLINIK

Sendes til: Rigshospitalet, Afsnit 2002, Blegdamsvej 9, 2100 Kbh. Ø.

Navn:	**Personnr.:**
Adresse:	**Telefonnr:**
Postnr.: **By:**	**E-boks:** **Ja** ☐ **Nej** ☐

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:**