

# HENVISNING – TANDIMPLANTATER

Implantatkl. Bagsværd – Bagsværd Hovedgade 99 1. 2880 Bagsværd  
tlf: 44 98 34 20 – mail: [tand@gutte.dk](mailto:tand@gutte.dk) ; fax: 4498 10 62 – [www.tandgutte.dk](http://www.tandgutte.dk)

(kan kopieres)

Patient: Navn: \_\_\_\_\_  
Personnr. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon : Hjem/mobil \_\_\_\_\_ arbejde: \_\_\_\_\_

Hvilken tand/tænder/region henvises for: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

afkryds:

Antal RTG vedlagt: \_\_\_\_\_  
(returneres)

Ringer patienten selv for at aftale tid til forus? \_\_\_\_\_  
ja \_\_\_\_\_ nej \_\_\_\_\_

Kan vi indkalde patienten til suppl. forundersøgelse  
hvis vi skønner det nødvendigt ? \_\_\_\_\_  
ja \_\_\_\_\_ nej, ring venligst \_\_\_\_\_

Hvem skal udføre suprastruktur(er) \_\_\_\_\_  
os \_\_\_\_\_ henv. tandlæge \_\_\_\_\_

Hvem skal fakturere patienten? \_\_\_\_\_  
os \_\_\_\_\_ henv. tandlæge \_\_\_\_\_

Medicinsk anamnese: \_\_\_\_\_  
i.a. \_\_\_\_\_ sygdom\*, skrives under  
øvrige emærkninger \_\_\_\_\_

Specifikt ønske om implantat-system: ja \_\_\_\_\_ nej \_\_\_\_\_  
(Ankylos, Astra, Straumann)

Øvrige bemærkninger \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

dato:

henvisende tandlæge: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
(stempel m. telefonnr)

\*bemærk især: Penicillinallergi, A/K- behandling, hjertesygdomme, svært forhøjet blodtryk, anden alvorlig sygd.