



Aastrupvej 12  
6100 Haderslev

## Henvisning til Operation:

<b>Patient:</b>  <b>CPR NR:</b>  <b>Navn:</b>  <b>Adresse:</b>  <b>Tlf:</b>	<b>Henvisende tandlæge:</b>  <b>Navn:</b>  <b>Adresse:</b>  <b>Tlf:</b>
<b>Henvisningsårsag:</b>	<b>Ønsket behandling:</b>
<b>Objektive fund:</b>	<b>Subjektive fund:</b>
<b>Tidligere behandling:</b>	<b>Tidligere røntgen:</b>  Sendt antal ____ røntgen kopi  <b>Papir                  Mail</b>



Aastrupvej 12  
6100 Haderslev

---

Dato/Underskrift

---

Klinik Stempel

## Henvisning til CBCT/ OTP

<p><b>Patient:</b></p> <p><b>CPR NR:</b></p> <p><b>Navn:</b></p> <p><b>Adresse:</b></p> <p><b>Tlf:</b></p>	<p><b>Henvisende tandlæge:</b></p> <p><b>Navn:</b></p> <p><b>Adresse:</b></p> <p><b>Tlf:</b></p>
<p><b>Henvisningsårsag:</b></p>	<p><b>Ønsket røntgen optagelse:</b></p> <p><b>Panorama:</b> ____</p> <p><b>CBCT:</b> ____</p>
<p><b>Objektive fund/ forekomst af metal i strålefeltet:</b></p>	<p><b>Tidligere røntgen:</b></p> <p>Sendt antal ____ røntgen kopi</p> <p><b>Papir</b>                      <b>Mail</b></p>

# Tandlægehuset på Aastrupvej



Aastrupvej 12  
6100 Haderslev

---

**Dato/Underskrift**

---

**Klinik Stempel**