



Himmelev Tandlægehus

Implantat- og Kursuscenter

Sendes til
Himmelev Implantat- & Kursuscenter
Himmelev Bygade 49
4000 Roskilde

Henvisning

Dato	Klinikkens oplysninger/Stempel	Tandlæge
------	--------------------------------	----------

Modtag nedenstående patient til undersøgelse/behandling:
Henviste patienter vil kun modtage nedenstående behandling

Navn		
Adresse		
Postnr. og by		Cpr. nr.
E-mail	Mobil tlf.	Tlf. arbejde
Diagnose:	Tand/Tænder/regio:	
Tidligere behandling:		
Har patienten akut problem	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Indkaldelse	Har tid hos jer Dato: kl	Bedes indkaldt Sæt kryds <input type="checkbox"/>
Røntgen vedlagt (antal):	Journal vedlagt <input type="checkbox"/>	
Anden behandling (fyldninger, endo, m.m.) overdrages i behandlingsperioden <input type="checkbox"/>		

Dentoalveolær kirurgi:

Behandling: Amotio <input type="checkbox"/> Retrograd <input type="checkbox"/> Gingivatrans <input type="checkbox"/> Andet:

Implantologi

Jeg ønsker selv at foretage den protetiske del af behandlingen <input type="checkbox"/>
Jeg ønsker at deltage ved behandlingen <input type="checkbox"/>

Periimplantitis

Ca. årstal for udført implantat behandling:	Implantatsystem:
---	------------------

Parodontologi

Ønskes: PA beh. generelt <input type="checkbox"/> Andet:
Evt. tidligere udført PA behandling:

Narkose:

Ortodonti/invisalign/bidfunktion

Behandlingen ønskes udført i narkose <input type="checkbox"/>	Invisalign <input type="checkbox"/>	Bidfunktion <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	--------------------------------------

Andet:

--

Panorama og CBCT optagelse udfyldes separat henvisning