



Remiss

Skicka remissen till:
Koningsbacke Tandvårdscenter
Södra Torggatan 6
434 30 Kungsbacka

Specialistområde och diagnos			
Vilket specialistområde rör remissen?			
Oral protetik	Parodontologi	Oral radiologi	Oral kirurgi / Käkkirurgi
Bettfysiologi	--	--	--
Fullständigt omhändertagande Får vi utöva ytterligare specialisttandvård på patienten om så krävs?		Akut Är remissen akut?	
Ja	Nej	Ja	Nej
Klinisk diagnos och frågeställning		Allmän anamnes och mediciner	

Patientuppgifter		
Patientens namn	Personnummer	
e-postadress	Telefonnummer dagtid	Mobiltelefon

Dina uppgifter som remittent		
Remitterande tandläkare	Klinikens namn	
Klinikens adress	Postnummer	Ort
e-postadress till klinik	Telefonnummer till klinik	
Datum	Signatur	