

Remitterande tandläkare

Namn: _____

Adress: _____

Mail: _____

Telefon: _____

Remitterad patient

Namn: _____

Adress: _____

Mail: _____

Telefon: _____

Diagnos och frågeställning:

Önskad behandling, vid implantat ange önskat system:

Övriga upplysningar såsom planerad behandling, medicinsk anamnes och bifogade filer:

Datum och underskrift