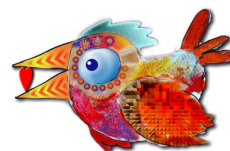


Tandlægerne
v/Thomas Hedegaard
Storegade 3
8382 Hinnerup



HENVISNING TIL RODBEHANDLING

Hermed henvises:

Fornavn*	<input type="text"/>
Efternavn*	<input type="text"/>
CPR-nummer*	<input type="text"/>
Adresse*	<input type="text"/>
Postnummer*	<input type="text"/>
By*	<input type="text"/>
Evt. e-mail	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/> Mobil <input type="text"/>

Behandlingsinformation:

Tand til behandling*

Tentativ diagnose og evt. kommentarer*

Røntgenbillede vedlagt* Ja Nej

Ønskes tanden færdigbehandlet
med evt. stift og opbygning* Ja Nej

Ringer pt. selv og aftaler tid* Ja Nej

Pt. har aftalt tid til behandling kl.

Henvisende tandlæge:

Navn*	<input type="text"/>
Adresse*	<input type="text"/>
Postnummer*	<input type="text"/> By* <input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>
E-mail*	<input type="text"/>