

# R E M I S S

Från:

Patient:

.....  
 .....  
 .....

.....  
 .....  
 .....

Tel: ..... Fax: .....

Person nr: .....

e-mail: .....

Tel hem: ..... Arb: .....

Remiss datum:

Allmän/Medicinsk anamnes:

Fullt frisk Ja  Nej

.....

Mediciner Ja  Nej

.....

Allergi Ja  Nej

.....

Odontologiskt status:

Remissen avser:

Fullständig behandling

Implantatbehandling

Konsultation/terapiförslag

Fast protetik

Övrigt: .....

Plattprotetik

.....

Estetik

.....

Omfattande bctrehabilitering

.....

Övrigt: .....

.....

.....

Röntgen medsändes

Returneras

Antal .....

*Remissvar var god vänd*