

Kalundborg TandlægeCenter
Kordilgade 6
4400 Kalundborg

Modtag nedenstående patient til undersøgelse/kirurgisk behandling

Patient

Navn _____

Adresse _____

CPR-nr. _____ Tlf. privat _____ Tlf. arbejde _____

Diagnose _____

Tidligere behandling _____

Ønsket behandling _____

Indkaldelse

- Har tid ____ / ____ - 20 ____ Kl. _____
- Bedes indkaldt
- Ringer selv, tlf. 5951 5650

Røntgenoptagelse

- Er vedlagt
- Antal _____

Suturer

- Suturer fjernes hos
- henvisende tandlæge
 - Kalundborg TandlægeCenter

Smerter

- Har patienten kraftige smerter?
- Ja
 - Nej

Stempel

Dato _____ Signatur _____

Tandlæger:

Jacob I. Olsen · Mikkel Nørgaard · Jacob Lefolii

Tandplejere: Mona Nørgaard · Ardita Mifteri · Nabila Nasseri

Kordilgade 6 · 4400 Kalundborg

Tlf. 5951 5650 · Fax 5951 5652

kalundborg@tandlaege-center.dk