

Manuell remiss

Svaren lägger grunden för en säker bedömning inför ett eventuellt vårdbesök för din patient.

Ankomstdatum

Upplysningar (Patient)

Namn

Personnummer

Gatuadress

Postnummer

Postadress

Telefon

E-post

Upplysningar (Remitterande tandläkare)

Namn

Klinik

Gatuadress

Postnummer

Postadress

Telefon

E-post

Remissorsak

Mediciner

Sjukdomar

Allergier

Tobaksvanor

Ort

Datum

.....
Signatur, remitterande tandläkare

Namnförtydligande