



Vänligen kryssa i lämplig ruta för remittent

- Oral kirurgi / Implantatkirurgi - Göran Kjeller
 Endodonti - Peter Jonasson eller Magnus Ragnarsson

Datum

Postadress
 REMISS
 Elvanstandläkare
 Eriksbergstorget 11
 417 64 GÖTEBORG

REMITTERANDE TANDLÄKARE

PATIENT

Namn
 Adress
 Postadress
 Tel. mottagning
 Tel. mobil
 Sign
 Namnförtydligande

Namn
 Personnr.
 Adress
 Postadress
 Tel. bostad
 Tel. arbete
 Tel. mobil
 e-mail

Om remissen avser implantatbehandling - vilket system önskar du?	Straumann	Astra	BioMet-3i
Om remissen avser endodonti - och tanden redan är rotfylld. Vilket år rotfylldes tanden?	Årtal	Vet ej	
Vad har du för planer för vidare behandling på tanden efter vår åtgärd?			
Remissvar:			
Kortfattat hälsotillstånd inklusive medicinering och allergier. Har patienten som remitterats en regelbunden kontakt med sjukvården ska PAL/VC/Sjukhus om möjligt preciseras.			
Remissvar:			
Ankomstdatum	Åtgärd	Tidåtgång	Erhållen tid