

REMISS

- Ortodonti
- Endodonti
- Käkkirurgi
- Parodontologi

Bifoga röntgenbilder.

Patient

Remittent

---

Namn:

Personnummer:

Adress:

Telefon:

Mail:

Tandläkare/Tandhygienist:

Adress:

Telefon:

---

Klinisk diagnos/ problemställning

Kort anamnes/ Status

Senaste fullständiga undersökning tandläkare / tandhygienist

Övrigt