

Vårdgivarremiss för specialisttandvård

Ankomstdatum (ifylles av mottagande klinik):

Patientens personuppgifter

Namn

Personnummer

Adress

Postnummer

Ort

Telefonnummer

Mobiltelefon

Behov av tolk

Språk

Ja Nej

Remittentuppgifter

Remitterande tandläkare/vårdgivare

Klinik/mottagning

Adress

Postnummer

Ort

Telefonnummer

Mobiltelefon

Underskrift

Datum

Underskrift

Remissen skrivs ut och skickas per post till den aktuella kliniken. Du finner adresserna på Folk tandvården Skånes webbplats www.folktandvardenskane.se

Remissunderlag

Frågeställning/önskad åtgärd och odontologiskt status

Allmän anamnes

Odontologisk anamnes

Diagnos

Planerad behandling hos remittent/på hemmaklinik

Röntgen bifogas

Ja Nej

Eventuellt intygsnummer vid N och F-tandvård

Övriga upplysningar
