

REMISS TILL KUNGSKLINIKEN

TANDLÄKARE

PATIENT

Klinik:..... Namn:
Mailadress:..... Personnummer:.....
Adress:..... Adress:.....
Postnr /ort:..... Postnr /ort:.....
Telefon:..... Telefon:.....

Remissorsak och problem:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Anamnes:

.....
.....
.....

Vänligen bifoga röntgen/foto på cd-skiva eller på pappersutskrift.

Ort/datum:.....

Signatur:.....

Namnförtydligande:.....