Tandkliniken ett4

REMISS

Remitterande tandläkare	Patient namn Personnr Adress Tel hem Tel arbete Remissdatum
Mottagare **Tandkliniken ett4** **Erik Dahlbergsgatan 14** **411 26 Göteborg**	

Klinisk diagnos och frågeställning

Kort anamnes - status

Planerad terapi – eventuell påbörjad behandling

☐ **Röntgenfilm/er medsändes** (motses tacksamt i retur)

Utlåtande (vänligen återsänd en kopia till den remitterande tandläkaren)

Datum **Signatur**