

Remitterad tandläkare

Patientnamn

Personnummer

Adress

Telefon dagtid

Mobiltelefon

Remissdatum

Mottagare remiss. Skicka remissen till:

Distriktstandvården

c/o: Remiss

Drottninggatan 65

11136 Stockholm

www.distriktstandvarden.sedrottninggatan@distriktstandvarden.se

08-412 00 750

Välj specialist

Parodonti

Endodonti

Protetik

Kirurgi

Klinisk diagnos och frågeställning

Kort anamnes – status

Planerad terapi – eventuell påbörjad behandling (pat önskemål)

Röntgenbild/er medsändes

Utlåtande (vänligen återsänd en kopia till den remitterande tandläkaren)

Datum

Signatur