

Modtag venligst følgende patient til behandling:

Navn (skal udfyldes) _____
Cpr. nr. _____
Adresse _____
Postnr. og by _____
Tlf.nr. _____
e-mailadresse (skal udfyldes) _____

Oplysninger om henvisende tandlæge:

Navn _____
Adresse _____
Postnr. og by _____
Tlf.nr. _____
e-mailadresse (skal udfyldes) _____

Diagnose _____
Cave / bemærkninger _____

Tidligere behandling: _____

Følgende behandling ønskes udført:

Jacob Slavensky
Tandlæge

js@soroetandklinik.dk

Sorø Tandklinik
Hauchovej 4
4180 Sorø
T. 3221 7440
info@soroetandklinik.dk
soroetandklinik.dk
Cvr. 3822 7394
Bank 7651 - 1343659