

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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Christina Kjær Mikkelsen  
Tandlæge

ck@soroetandklinik.dk

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