

Vårdgivarremiss för specialisttandvård

Ankomstdatum (ifylles av mottagande klinik):

Patientens personuppgifter

Namn

Personnummer

Adress

Postnummer

Ort

Telefonnummer

Mobiltelefon

Behov av tolk

Språk

Ja Nej

Remittentuppgifter

Remitterande tandläkare/vårdgivare

Klinik/mottagning

Adress

Postnummer

Ort

Telefonnummer

Mobiltelefon

Underskrift

Datum

Underskrift

Remissen skrivs ut och skickas per post till den aktuella kliniken. Du finner adresserna på Folktandvårdens webbplats www.vgregion.se/folktandvarden

Remissunderlag

Frågeställning/önskad åtgärd och odontologiskt status

Allmän anamnes

Odontologisk anamnes

Diagnos

Planerad behandling hos remittent/på hemmaklinik

Röntgen bifogas

Ja Nej

Eventuellt intygsnummer vid N och F-tandvård

Övriga upplysningar
