

Specialtandlæge Harry Fjellvang
 SPECIALKLINIK FOR TANDREGULERING
 Hauser Plads 20
 1127 København K

Modtag venligst til undersøgelse/behandling:

Navn		CPR-nr.	
Adresse			
Postnummer		By	
Telefon privat		Mobiltlf.	Telefon arbejde
E-mail _____ @ _____			
Diagnoser			
Følgende behandling foreslås/ønskes			
Røntgenoptagelse	Vedlagt <input type="checkbox"/>	Ønskes retur <input type="checkbox"/>	Ønskes foretaget OP <input type="checkbox"/> Profil <input type="checkbox"/>
Ønskes tilsendt:			
Patientinformation om traditionel tandregulering <input type="checkbox"/>		Invisalign tandregulering <input type="checkbox"/>	
Patienten bedes indkaldt <input type="checkbox"/>		ringer selv <input type="checkbox"/>	har tid <input type="checkbox"/>

Med venlig hilsen

Evt. stempel

Dato og underskrift

e-mail adresse