HENVISNING

TAND, MUND OG KÆBEKIRURGISK AFSNIT

Sendes til: Tand, Mund og Kæbekirurgisk Afsnit, Lykkebækvej 1, 4600 Køge
Fax: 47325466 eller via mail: koe-kki@regionsjaelland.dk

Navn:	**CPR-nr.:**
Adresse:	**Telefonnr.: arb. / mobil**
Postnr.: **By:**	**Telefonnr. Privat:**
Evt. forældre/værge: **Navn:**	**CPR-nr.:** **Telefonnr.:**

Henvisningsdiagnose:	**Henvises for behandling af** *(henvisningsårsag i tekst el. ønsket undersøgelse/behandling)*
Evt. motivering for fremskyndet indkaldelse: ***Akut*** _____ ***Mistanke om malignitet*** kontakt praktiserende ørelæge, som derefter henviser til Øre-, Næse, Hals- og Kæbekirurgisk Afdelings cancertelefon på 47 32 38 38. _____ ***Andet*** _____	**Aktuel medicin:**
Kliniske oplysninger: ***CAVE:*** *** Specifik beskrivelse af subjektive og objektive fund:***	***Sagt til patienten:*** ☐ Patienten skal informeres om, at tid sendes via E-boks ***Særlige forhold:*** *(liggende patient, tolkebistand, handicaps e.l.)*
Ortodontisk-kirurgisk visitation: ***Med henvisning fremsendes også røntgen samt kliniske fotos (elektronisk)***	**Vurdering ønskes af skoletandplejen:** ***Med henvisning fremsendes også røntgen samt kliniske fotos (elektronisk)***
Henvisende klinik: *(stempel eller navn, adresse og tlf.nr.)* **Ydernr.:** **Henvisningsdato:** _____ *Underskrift*	**Modtaget:** **Diagnose:** / **Visiteret:** **Initialer:** **Akut:** ☐ **A:** ☐ **B:** ☐ **C:** ☐ **Orto-kir. Visitation:** ☐ **Ortokir. Vurdering:** ☐ **Ortopan:** ☐ **Profil:** ☐ **AP:** ☐ **30 min.** ☐ **45 min.** ☐ **60 min.** ☐ **Patient skal ses af: (initialer)** **Specialtdl:** _____ **Udd. Tdl:** _____ **Tandlæge:** _____

Rev. 24.3.17/gkr