

Patientens personuppgifter

Patientens efternamn:

Förnamn:

Personnummer:

Adress:

Postnummer:

Ort:

Mobiltelefon:

Telefon dagtid:

Behov av tolk:

Remittentuppgifter

Remittent:

Klinik/mottagning:

Telefonnummer:

Adress:

Postnummer:

Ort:

Remissunderlag**Frågeställning/ önskad åtgärd**

- Tydlig frågeställning
- Region som skall undersökas
- Symtom/kliniska fynd/diagnos – inom aktuell tandregion eller övrigt av betydelse
- Behandling som gjorts på hemmakliniken inför remiss. (tex. Extraktion, temp-krona, trepanering)
- Akut?
- Konsultationsremiss? Ange tydligt att remissen avser en konsultation med snabbt svar.
- Pat. önskemål

Allmän patientanamnes:

- Sjukdomar
- Uppdaterad medicinlista
- Tandvårdsrädsla?
- Funktionsnedsättning?

Odontologisk anamnes:

- Tandstatus
- Saneringsbehov
- Munhygienrutiner: Goda/Behöver förbättras

Planerad behandling på hemmaklinik/hos remittent:

Röntgen bifogas:

- Ja / Nej

- CBCT/Panoramaröntgen taget datum: _____

Övriga upplysningar:

- Kostnadsförslag givet till patient: Ja/Nej

Underskrift

Datum

Underskrift
