

HENVISNING TIL ORTOPANTOMOGRAFI (OP) Kommunal Tandpleje

Patientoplysninger

Patientnavn: _____
CPR-nummer: _____
Telefon: _____

Klinisk indikation og formål med undersøgelsen

Oplysninger til henviser

Den kommunale tandpleje udfører udelukkende røntgenoptagelsen (OP). Der foretages ikke diagnostisk vurdering, billedbeskrivelse, journalmæssig fortolkning eller behandlingsplanlægning på baggrund af optagelsen.

Det fulde ansvar for diagnostik, billedbeskrivelse, information til patienten, behandlingsplanlægning samt opfølgning på eventuelle fund påhviler den henvisende tandlæge.

Der modtages på nuværende tidspunkt ikke henvisninger til CBCT.

Henvisers erklæring

Jeg erklærer, at undersøgelsen er fagligt begrundet og berettiget i henhold til gældende strålebeskyttelsesregler.

Dato: _____ Underskrift: _____

Henvisende klinik

Klinik: _____
Henvisende tandlæge: _____
Stillingsbetegnelse: _____
Telefon/E-mail: _____

Henvisning sendes til Tandplejen via EDI