

## LÄHETEPOTILAAT / RÖNTGENLÄHETE

Hohteen toimipiste: \_\_\_\_\_

### POTILAAN TIEDOT

Nimi: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Postinumero: \_\_\_\_\_ Postitoimipaikka: \_\_\_\_\_

Sähköposti: \_\_\_\_\_ Puhelin: \_\_\_\_\_

### LÄHETTÄJÄN TIEDOT

Nimi: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Postinumero: \_\_\_\_\_ Postitoimipaikka: \_\_\_\_\_

Sähköposti: \_\_\_\_\_ Puhelin: \_\_\_\_\_

### ESITIEDOT

Yleissairaudet: \_\_\_\_\_

Nykyinen ongelma / kuvauksen tarkoitus:

---

---

---

Kuvaustapa:

Optg

Kartiokeilatografia

Alue

Sinukset

Osa leuoista/hampaistosta, alue

Alue: \_\_\_\_\_

Toimita tämä lähete haluamaasi Hohteen toimipisteeseen salatulla sähköpostilla. Mikäli sinulla ei ole salattua sähköpostiyhteyttä, ota ensin yhteyttä haluamaasi Hohteen toimipisteeseen [toimipiste]@hammashohde.fi.