

LÄHETEPOTILAAT / RÖNTGENLÄHETE

Hohteen toimipiste: _____

POTILAAN TIEDOT

Nimi: _____

Osoite: _____

Postinumero: _____ Postitoimipaikka: _____

Sähköposti: _____ Puhelin: _____

LÄHETTÄJÄN TIEDOT

Nimi: _____

SV-numero: _____

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 toimipisteeseen [kaupunkij@hammashohde.fi.