



BRÆDSTRUP IMPLANTAT CENTER

Henvisningsblanket

Navn: _____ Cpr.: _____

Adresse: _____

Postnr. _____ By: _____

Tlf. privat: _____ Arbejde: _____ Mobil: _____

E-mail: _____

Henvisningsårsag:

Ønsket behandling:

Implantattype: Straumann ☐
Astra ☐
Nobel Biocare ☐

Jeg laver selv protetik: ☐

Antal røntgen vedlagt: _____ stk. Ønskes retur: Ja tak ☐ Nej tak ☐

Røntgen fremsendt pr. mail: Ja ☐

Cone Beam CT scanning: Ja ☐

Afsender:

Tandlæge ☐ Tandplejer ☐ Klinisk tandtekniker ☐ Andet ☐

Navn: _____ Tlf.: _____

Stempel

Dato: _____ Underskrift: _____

Birgitte Skadborg

Tandlæge

Lene Dahl

Tandlæge

Martin Persson

Tandlæge

Christian Dalby

Tandlæge

Pernille Høj

Tandlæge

Camilla T. Månsson

Tandlæge

Lone H. Poulsen

Tandlæge

Maria Rønning

Tandlæge

Emil Søberg Karlsen

Tandlæge

Elias Rezai

Tandlæge

John Jensen

Specialtandlæge i kirurgi, Ph.d.

Jens Hartlev

Specialtandlæge i kirurgi, Ph.d.

Kristoffer Schwartz

Specialtandlæge i kirurgi

Martin Saaby

Specialtandlæge i kirurgi

Jan Tagesen

Specialtandlæge i Kirurgi

Carsten Lemor

Specialtandlæge i Ortodonti

Peter Stoustrup

Specialtandlæge i Ortodonti,
Ph.d og Professor

Bo S. Kristensen

Speciallæge i anæstesi

Malene Molberg

Tandplejer

Jane Overgaard

Tandplejer

Lotte K. Vilken

Tandplejer

Louise B. Østergaard

Tandplejer

Lone Illemann

Ortodontist tandplejer

Mette Stougaard

Akupunktør

Winnie Hansen

Sygeplejerske