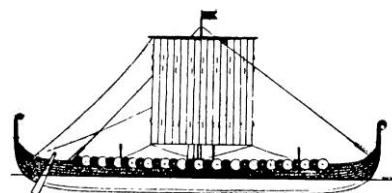


Tandlægerne i Hedehuscentret
Hovedgaden 429
2640 Hedehusene
Tlf. 46 56 03 04



Modtag venligst til undersøgelse/behandling:

Hr./Fr.		Cpr.nr.	
Adresse			
Telefon Privat:	Træffetid:	Telefon arbejde:	Træffetid:
Diagnose:			
Tidligere behandling			
Følgende behandling foreslås/ønskes			
Røntgenoptagelse (sæt kryds) ☐ Vedlagt, ☐ Ønskes retur			
Indkaldelse (sæt kryds) ☐ Bedes indkaldt, ☐ Ringer selv, ☐ Har tid d. kl.			

Med Venlig Hilsen

Stempel

Dato og underskrift