Tilvísun í CBCT – myndatöku

Vinsamlegast fyllið í alla reiti

|  |  |
| --- | --- |
| Tilvísandi tannlæknir:  Nafn: Click or tap here to enter text.  Sími: Click or tap here to enter text.  Netfang: Click or tap here to enter text. | Dagsetning: Click or tap here to enter text. |
| Tegund myndar:  OPG  Sneiðmynd (CBCT) |
| Sjúklingaupplýsingar:  Nafn: Click or tap here to enter text.  Kennitala: Click or tap here to enter text.  Sími: Click or tap here to enter text.  Sjúklinganúmer í kerfi tilvísandi tannlæknis: Click or tap here to enter text. | |
| Vandamál sjúklings og ástæða fyrir sneiðmynd:  Click or tap here to enter text. | Almennt heilsufar:  Click or tap here to enter text. |
| Klínísk greining:  Click or tap here to enter text. | Nr. tannar ef um rótfyllingarmál að ræða:  Click or tap here to enter text.  Athugasemdir (ef við á):  Click or tap here to enter text. |
| Aðeins óskað eftir sneiðmynd  Óskað er eftir aðstoð við undirbúning fyrir aðgerð |  |

Logo

Description automatically generated