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 |  |

 