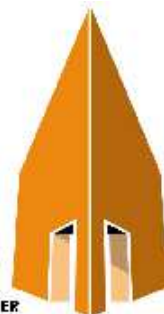


Henvisningsblanket

**TANDKLINIKKEN I
SUNDHEDSHUSET**

RANDERS KIRUGI OG IMPLANTATCENTER



Dato.....

Hermed henvises:

Navn.....Cpr.....

Adresse.....

By/postnr.....

Tlf. Privat..... Arb.....

Særlige helbredsmæssige forhold.....

Kirurgi

Vurdering af behandlingsmulighed:

For behandling:

Implantatbehandling

Vurdering af behandlingsmulighed:

For behandling:

Jeg laver selv hybridprotesen (HO, HU eller HELSÆT) / kronen / broen.

I laver også hybridprotesen (HO, HU eller HELSÆT) / kronen / broen.

Valg af implantatsystem:

Braanemark

ITI/Straumann

ASTRA

Replace

Ankylos

I bestemmer

Tandlæger

Thomas Borup(i)
Trine Bay Jensen
Frank Kruhöffer (i)
Katrine Kragh Sørensen
Pernille Plehn
Søren Strabo (i)
Iben Staugaard Nielsen
Hugo Sørensen

Specialtandlæge

Jesper Bak
Malene Helleberg

Andet:

Panoramarøntgen, digitalt:

Tandplejere

Marie-Louise Jarlnæs
Lone Lind
Jette Simonsen
Kamalia Skovbakke

Klinisk tandtekniker

Gurli Winther

Randers Kirurgi og Implantatcenter
Sundhedshuset
Dytmærskens 10
8900 Randers

Henviſning fra (evt. ſtempel):

Navn _____

Adresse _____

Postnummer/by _____

Att. _____

Dato.....

Særlige hensyn der skal tages til patienten (angst, gæbebesvær, problemer med at ligge ned, psykiske problemer, m.m.):

Andre oplysninger:

Til vore patienter

For **at kunne yde dig den** bedst mulige behandling bedes du venligst besvare følgende spørgsmål med et kryds i en af rubrikkerne. Hvis du er tvivl om enkelte punkter, kan du bare spørge personalet, som kan vejlede dig.

Du bedes sætte dato og underskrift nederst.

Ja Nej

1. Går du for tiden til kontrol hos læge eller på hospital.....
2. Får du i øjeblikket medicin (tabletter, injektion el. lign.).....
Anfør navne på den medicin, som du tager eller grunde til, at du tager medicin
3. Har du tidligere haft ubehag / ildebefindende i forbindelse med lokalbedøvelse eller tandbehandling.....
4. Har du tendens til at bløde i lang tid.....
5. Er du overfølsom overfor bestemte stoffer.....
Nævn eventuelle stoffer, som du er overfølsom overfor:
6. Er du inden for de sidste 6 måneder blevet behandlet med:
 - a) binyrebarkhormoner.....
 - b) nervemedicin.....
 - c) blodfortyndende medicin (Marcoumar, Marevan).....
 - d) hjertemagnyl.....
7. Har du eller har du haft følgende sygdomme:
 - a) hjertebetændelse.....
 - b) fået kunstig hjerteklap eller hofteprotese.....
 - c) sukkersyge.....
 - d) forhøjet blodtryk.....
 - e) epilepsi.....
 - f) blodmangel (anæmi).....
 - g) astma eller høfeber.....
 - h) smitsom leverbetændelse (hepatitis).....
 - i) AIDS / HIV.....
 - j) Andre sygdomme eller tilstande.....Nævn dem:
- 8) Har du nogensinde fået strålebehandling på hoved eller hals.....
- 9) Har du knogleskørhed / osteoporose.....

Navn og tlf. nr. på din læge:

Andre oplysninger, som du mener kan være vigtige for din behandling:

Dato

Underskrift