

Remitterande tandläkare	Patientnamn	
	Personnummer	
	Adress	
	Tel hem/mobil	Tel arbetet
	Remissdatum	
Mottagare Aurakliniken Brunngatan 8 111 38 Stockholm 08-545 111 00 info@aurakliniken.se	<input type="checkbox"/> Endodonti	<input type="checkbox"/> Implantat
	<input type="checkbox"/> Parodontologi	<input type="checkbox"/> Kirurgi
	<input type="checkbox"/> Protetik	<input type="checkbox"/> Protetik
Klinisk diagnos och frågeställning		
Kort anamnes – status - planerad behandling		
Specialistbehandling som önskas:		
Röntgen medsändes (motses tackamt i retur) <input type="checkbox"/> Analog Röntgenfilm <input type="checkbox"/> USB-minne <input type="checkbox"/> CD-skiva		
Remitterande tandläkares underskrift Skriftligt _____ Datum _____		

Vi bekräftar mottagen remiss och meddelar förväntad väntetid i samband med detta.

Remissvar:

Behandlande tandläkares underskrift _____ Datum _____