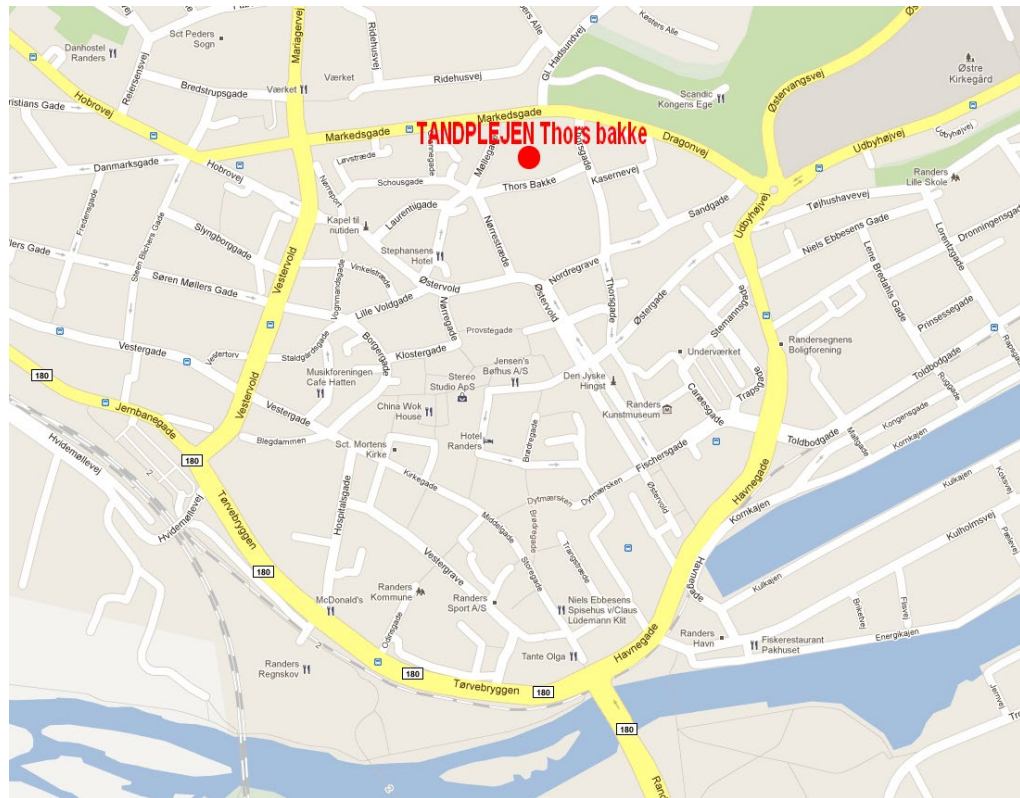
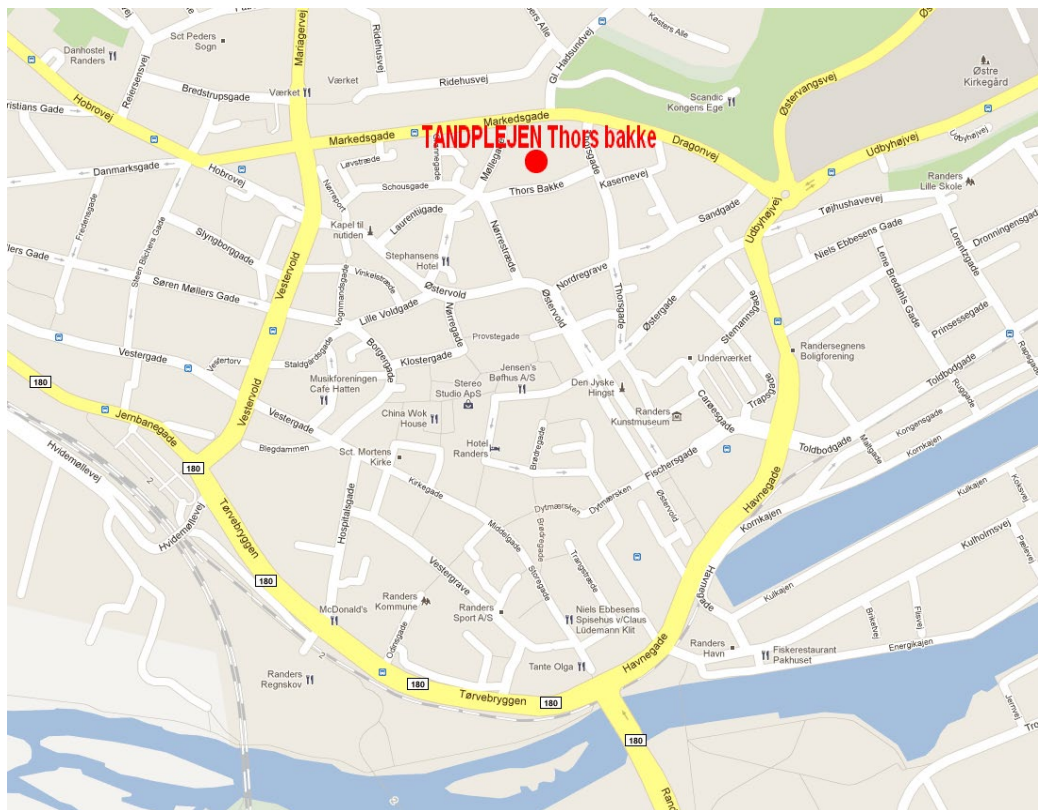




Til _____'s forældre

I forbindelse med tandundersøgelse er der behov for røntgenbilleder, som ikke kan optages her på klinikken.

I bedes derfor bestille tid til optagelserne på Tandreguleringsklinikken, Biografgade 3, 8900 Randers på tlf. 8915 8720

(8⁰⁰ til 15⁰⁰, tirsdag dog 8.00 til 16.00).

Resultatet af røntgenoptagelsen vil I få hos tandlægen på jeres barns tandklinik.

Medbring venligst dette brev.

Venlig hilsen

Udfyldes af henvisende klinik:

Navn _____

Cpr.nr. _____ Skole _____

Henvises til:

☐ Hel OTP ☐ Sektioneret OTP Regio _____

Andet: _____

Evt. tidligere relevante røntgen undersøgelser:

Indikation for røntgenoptagelse:

Henvisende tandlæge:



Til _____'s forældre

I forbindelse med tandundersøgelse er der behov for røntgenbilleder, som ikke kan optages her på klinikken.

I bedes derfor bestille tid til optagelserne på Tandreguleringsklinikken, Biografgade 3, 8900 Randers på tlf. 8915 8720

(8⁰⁰ til 15⁰⁰, tirsdag dog 8.00 til 16.00).

Resultatet af røntgenoptagelsen vil I få hos tandlægen på jeres barns tandklinik.

Medbring venligst dette brev.

Venlig hilsen

Udfyldes af henvisende klinik:

Navn _____

Cpr.nr. _____ Skole _____

Henvises til:

☐ Hel OTP ☐ Sektioneret OTP Regio _____

Andet: _____

Evt. tidligere relevante røntgen undersøgelser:

Indikation for røntgenoptagelse:

Henvisende tandlæge:

