

Henvisning til Kæbekirurgisk Adeling, OUH

Patient: (OBS: rubrikker markeret med * **skal** udfyldes)

Cpr.nr.:*

Navn:*

Adresse:

Postnr./By:

Tlf.privat:*

Mobil:

Arbejde:

Nærmeste pårørendes/værges navn:

Telefon:

Aktuel medicin:

Henvisningsårsag:

Allergi:

Hvilke behandlingstiltag har
været forsøgt, herunder
medicinering*:

Tentativ diagnose:

Røntgenbillede vedlagt:

Antal

Viser:

Kliniske fotos vedlagt:

Antal

Viser:

Akut:

Ja

Nej

Hvis ja, begrund
venligt

Henviser:*

Navn:

Ydemr.:

Adresse:

Postnr./By:

Telefon:



Region Syddanmark

OUH
Odense Universitetshospital
Svendborg Sygehus