

Implantatklíník København
Nørre Farimagsgade 13
1364 København K

Hermed henvises:

Navn: _____

Cpr-nummer: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mobiltelefonnummer: _____

Diagnoser:

_____F lgende behandling ønskes/foreslås:

_____Vedlagt _____ stk. røntgenbilleder. Digitale billeder mailes til: **info@implantatklíník.dk**

Patienten ønskes indkaldt _____ Ringer selv _____ Har tid _____

Med venlig hilsen:

Evt. stempel

Dato og underskrift