

**Implantatklíník København
Nørre Farimagsgade 13
1364 København K**

Hermed henvises:

Navn: _____ **Cpr-nummer:** _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ **Mobiltelefonnummer:** _____

Diagnoser:

Følgende behandling ønskes / foreslås:

_____ styk røntgenbilleder vedlagt. Digitale billeder mailes til: info@implantatklíník.dk

Patienten ønskes indkaldt _____ **Ringer selv** _____ **Har tid** _____

Med venlig hilsen:

Evt. stempel

Dato og underskrift
