

# Tandreguleringsklinikken

specialtandlæger i ortodonti

Lisbeth Nielsen

## Henvisningsblanket for røntgenundersøgelse (CBCT og OTP)

### Henvisende tandlæge

Klinik: udfyldes

Dato: udfyldes

Henvisende tandlæge: udfyldes

Tlf.: udfyldes

Mailadresse: udfyldes

EAN/CVR Nr. udfyldes

### Henvist patient

Navn: udfyldes

Cpr(patient): udfyldes

Adresse: udfyldes

Tlf.: udfyldes

Mailadresse udfyldes

Børn og unge under 15 år:

Navn(fader/moder) udfyldes

Cpr.(fader/moder) udfyldes

### Indikation

Indikation for  
røntgenundersøgelse: udfyldes

### Røntgenundersøgelse

OTP: ☐ (dobbeltklik: marker/tom)

Standard ☐

Reduceret ☐ Angiv:

### Røntgenundersøgelse

CBCT: ☐ (dobbeltklik: marker/tom)

Retinerede tænder: ☐ region/side:

Endodontisk problemstilling: ☐ region:

Implantatbehandling: ☐ region:

Andet: ☐ angiv:

### **Samtykkeerklæring for alle patienter**

Det bekræftes hermed, at der er indhentet og journalført mundtligt samtykke til at:

- ☐ Tandreguleringsklinikken foretager CBCT scanning og at udvalgte billeder samt beskrivelsen sendes til henvisende tandlæge
- ☐ Tandreguleringsklinikken foretager OTP-optagelse og at det sendes til henvisende tandlæge, som beskriver OTP

### **børn/unge under 15 år kræver samtykkeerklæring fra nærmeste pårørende**

Samtykke er afgivet af(navn):

- ☐ Patienten:
- ☐ fader/moder:
- ☐ Værge/Kontaktperson: