

## Vårdgivarremiss för specialisttandvård

Ankomstdatum (ifylles av mottagande klinik):

### Patientens personuppgifter

Namn

Personnummer

Adress

Postnummer

Ort

Telefonnummer

Mobiltelefon

Behov av tolk

Språk

☐ Ja ☐ Nej

### Remittentuppgifter

Remitterande tandläkare/vårdgivare

Klinik/mottagning

Adress

Postnummer

Ort

Telefonnummer

Mobiltelefon

### Underskrift

Datum

Underskrift

Remissen skrivs ut och skickas per post till den aktuella kliniken. Du finner adresserna på Folk Tandvården Skånes webbplats [www.folktandvardenskane.se](http://www.folktandvardenskane.se)

### Remissunderlag

Frågeställning/önskad åtgärd och odontologiskt status

**Allmän anamnes****Odontologisk anamnes****Diagnos****Planerad behandling hos remittent/på hemmaklinik****Röntgen bifogas**

☐ Ja   ☐ Nej

**Eventuellt intygsnummer vid N och F-tandvård****Övriga upplysningar**