

Datum:

Tandläkare Gunnar Klemenz
Södra Förstadsgatan 30
211 43 Malmö

REMISS

Patientuppgifter:

Namn:

Pers.nr:

Gatuadress:

Postnr och ort:

Tel.bost.

Tel.arb:

Mobiltel:

Remissen avser:

Anamnes och status:

Allmänhälsa / sjukdomar:

Mediciner:

Speciellt: Pat är infektionskänslig Blodförtunnande med:

Remitterande tandläkare:

Namn:

Adress

Tel.nr:

.....
Underskrift