

Remitterande tandläkare	Patientnamn	
	Personnummer	
	Adress	
	Postnummer	Postadress
	Tele hem/mobil	Tele arbete
Mottagare Aurakliniken Brunngatan 8 111 38 Stockholm 08-545 111 00 info@aurakliniken.se	<input type="checkbox"/> Endodonti <input type="checkbox"/> Parodontologi <input type="checkbox"/> Protetik	<input type="checkbox"/> Implantat <input type="checkbox"/> Kirurgi <input type="checkbox"/> Protetik
Klinisk diagnos och frågeställning:		
Kort anamnes - status - planerad behandling:		
Specialistbehandling som önskas:		
Röntgen medsändes på: <input type="checkbox"/> Analog röntgen <input type="checkbox"/> USB-minne <input type="checkbox"/> CD-skiva <input type="checkbox"/> Papperskopia <input type="checkbox"/> Önskas i retur		
Remitterande tandläkare underskrift:	Remissdatum	

Vi bekräftar mottagen remiss och meddelar förväntad väntetid i samband med detta.