

Regionstandplejen

Kæbekirurgisk Afdeling
Aalborg Universitetshospital
Postboks 365
9100 Aalborg

HENVISNING

Telefon: 97 66 27 95
Fax: 97 66 28 25

Navn:	Personnr.:
Adresse:	Barn af:
Postnr.: By:	Telefonnr.:

Henvises for behandlingsplanlægning / behandling af: <input type="checkbox"/> Tandaplasi <input type="checkbox"/> Andre tanddannelsesforstyrrelser inkl. mineraliseringsforstyrrelser <input type="checkbox"/> Tandtab før 18-års alderen	Antal røntgenoptagelser vedlagt: ____ Ønskes retur: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Antal sæt modeller vedlagt: ____ Ønskes retur: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Der er aplasi af følgende tænder (markeres med O):

7	6	5	4	3	2	1	+	1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1	-	1	2	3	4	5	6	7

Specifik beskrivelse af subjektive og objektive fund (angiv venligst tand og diagnose. Ved traumbetinget tandtab angives endvidere tidspunkt for tandtab):

Tidligere behandling samt evt. motivering for fremskyndet indkaldelse:

Tentativ behandlingsplan udarbejdet af specialtandlæge i ortodonti (udfyldes altid ved henvisning af patienter inden 18-års alderen med tandaplasi og traumbetinget tandtab):

Ved påbegyndt eller allerede afsluttet ortodontisk behandling, bedes den oprindelige okklusion beskrevet.

Ovenstående behandlingsplan er udarbejdet af:

Tidligere henvist til Amtsspecialtandplejen, Regionstandplejen eller Kæbekirurgisk Afdeling: Ja Nej

Ydernr.:

Henvist den / 20

Stempel eller navn og adresse med blokbogstaver

Underskrift

