

POTILAS

Nimi

Osoite

Postitoimipaikka

Puhelin

ESITIEDOT KUVATTAVASTA HAMPAASTA/KOHDASTA SEKÄ TUTKIMUKSEN SYY

Lähetteen päivämäärä

Allekirjoitus

TOIVOTTU TUTKIMUSTAPA

Ajanvarauksella:

Leukapanoramakuva
Leukanivelet
Lateraalikalokuva

BiteWing
Intraoraalikuvaus
Kartiokeilatietokonetomografia (KKTT)*

*) HUOM! Kartiokeilatietokonetomografiasta (KKTT) saa SV-korvauksen vain erikoishammaslääkärin läheteellä.

KUVIEN TOIMITUSTAPA

CD-/DVD-levy

Toimitetaan lähetettävälle hammaslääkärille
Kuvat noudetaan
Toimitetaan potilaalle

Aikaisemmat kuvat mukana
Tarvitsemme lisää läheteitä
(lausunto kirjoitetaan erilliselle paperille)

LÄHETTÄJÄ

Nimi

Osoite

Postitoimipaikka

Puhelin

RÖNTGEN AJANVARAUS
09 696 2990

**PLUSTERVEYS
HAMMASLÄÄKÄRIASEMA FOSSA**

Pieni Roobertinkatu 16 A
00120 Helsinki
Puh. 09 696 2990

