

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

