**Tilvísun í CBCT myndatöku**

(Vinsamlegast fyllið í alla stjörnumerkta (\*) reiti)

|  |  |
| --- | --- |
| Tilvísandi tannlæknir \*  Nafn: Click here to enter text.  Aðsetur: Click here to enter text. | Dagsetning \* Dagsetning |
| Tegund myndar \*  OPG  Cephalogram  CBCT |
| Sjúklingur \*  Nafn: Click here to enter text.  Kennitala: Click here to enter text.  Sími: Click here to enter text. | |
| Núverandi vandamál og einkenni \*  Click here to enter text. | Almennt heilsufar  Click here to enter text. |
| Spurning \*  Click here to enter text. | Klínísk greining \*  Click here to enter text. |
| Athugasemdir  Click here to enter text. |
| Aðeins óskað eftir mynd  Óskað eftir að kjálkaskurðlæknir skoði sjúklinginn. | |

Munn- og kjálkaskurðlæknastofan

Bæjarlind 12, 201 Kópavogi

Sími: 561-3800.

mottaka@kjalki.is