**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. |
| AthugasemdirClick 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