Århus Tandlægeskole
Vennelyst Boulevard 9
8000 Århus C
Att.: Afd. for.:_____

Henvisning til Århus Tandlægeskole

Fornavn:	**Personnr.:**	**Mobiltelefon:**
Efternavn:	**E-mail:**	
Adresse:	**Telefon, arbejde:**	**Telefon, hjemme:**
Postnr.: / **By:**	**Antal røntgenbilleder/CD vedlagt:____** **Ønskes retur: Ja ☐ Nej ☐**	
For børn, angiv venligst forældres navn:	**Tidligere behandlet på Odontologisk Institut:** **Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐ Evt. journalnummer: _____**	

Henvises for / henvisningsårsag:

Subjektive, objektive og radiologiske fund samt evt. tidligere behandling:

Diagnoser/tentative diagnoser:

Såfremt behandlingen ikke er egnet til at blive foretaget af tandlægestuderende ønskes:

- ☐ **Patienten tilbudt behandling af behandlingstandlæge/specialtandlæge mod egenbetaling, hvis muligt for afdelingen**
- ☐ **Patienten tilbagehenvist**

Henvisende læge/tandlæge – navn, adresse og telefonnummer	**Dato:** **/ 201** **Henvisers e-mail:**

Henvisningen sendes ved at klikke på e-mailadressen ud for den enkelte afdeling:

Til afdeling for:	Tlf.:	E-mail
Fællesklinikken	8942 4041	cruseng@odont.au.dk
Kirurgi & Oral Patologi	8942 4033	kop@odontologi.au.dk
Klinisk Oral Fysiologi	8942 4091	elin.sloan.nordbud@odontologi.au.dk
Ortodonti / Tandregulering	8942 4032	mariann.andersen@odontologi.au.dk
Parodontologi	8942 4029	perio.clinic@odontologi.au.dk
Protetik	8942 4082	evabusk@odontologi.au.dk
Pædodonti	8942 4075	grethe.villadsen@odontologi.au.dk
Radiologi	8942 4050	Se speciel henvisningsblanket på afdelingens hjemmeside
Tandsygdomslære	8942 4095	alauritsen@odontologi.au.dk

Det kan forkorte ekspeditionstiden, hvis journalkopi og tidligere røntgenbilleder vedhæftes/medsendes.