

# Remiss

Vasa Tandvård  
Vasaplatsen 3  
411 26 Göteborg

## Patientens personuppgifter

Namn

Personnummer

Adress

Postnummer

Ort

Telefonnummer

## Remittentuppgifter

Remitterande tandläkare/vårdgivare

Klinik/mottagning

Adress

Postnummer

Ort

Telefonnummer

## Remissunderlag

Beskriv ditt ärende

.....  
Datum

.....  
Underskrift