

Referral Form 轉介表格



HKUDentistry

Institute for Advanced Dentistry
Multi-Specialty Clinic
先進牙醫學研究所
香港大學牙醫專科診所

Referral Date

轉介日期

Referral Clinic / Hospital

轉介診所 / 醫院

Referring Dentist / Medical Doctor

牙醫 / 醫生姓名

Telephone

電話

Email

電郵

Patient Name

病人姓名

Patient Contact

聯絡方式

Date of Birth

出生日期

Specialty to be referred

病人須轉介至以下專科

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Endodontics
牙髓治療科 | <input type="checkbox"/> Implant Dentistry
植齒科 | <input type="checkbox"/> Orthodontics
牙齒矯正科 | <input type="checkbox"/> OMFS
口腔頤面外科 |
| <input type="checkbox"/> Paediatric Dentistry
兒童齒科 | <input type="checkbox"/> Periodontology
牙周治療科 | <input type="checkbox"/> Prosthodontics
修復齒科 | |

Diagnosis

診斷

Service

Required

所需服務

Signature of Referring Dentist / Medical Doctor

轉介牙醫 / 醫生簽署