

Ansøgningskema til visitation til specialtandpleje

Navn	
Cpr. nr.	
Adresse	
Postnr. +By	
Tlf.nr.	
Kontaktperson + tlf.nr	
Forældre/værge + tef.nr.	
Kørestolsbruger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Henvisers navn, arbejdssted og tlf.nr. (Henviser skal være fagperson, som har tæt kontakt til borgeren)	
Diagnose: (sæt kryds)	
<input type="radio"/> Psykisk udviklingshæmmet	
<input type="radio"/> Sindslidende	
<input type="radio"/> Andet (skriv hvilket):	
Indikation for ansøgning	
Hvad er årsagen til, at borgeren ikke kan benytte almindeligt tandplejetilbud?	
Seneste tandlægebesøg	
Dato	
Tandlæges navn	
Adresse	
Tlf.nr.	
Accepterer borgeren, at tandplejen indhenter journal fra tidligere tandlæge?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Dato, henvisers underskrift og evt. stempel	

Henvisningen med journal etc. fremsendes til:

Souschef Helle Kromann
Svendborg Kommunale tandpleje
Toldbodvej 17
5700 Svendborg
Tlf. 6223 4095