



Svendborg
Kommune

Omsorgstandplejen
Toldbodvej 17
5700 Svendborg
Tlf. 6223 6560

Omsorgstandpleje

Vedrørende

Navn		Personnummer
Adresse		Telefon, sektion/afdeling
Afdeling	Lejlighed	Sektionsgruppe
Er borgeren varigt inhabil (mangler evnen til at give informret samtykke) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Pårørende/værge/fremtidsfuldmægtig navn og telefonnummer
Egen læge	Apotek	Kontaktsygeplejerske – telefon

Ønsker Kommunalt ansat tandlæge Klinisk tandtekniker

Faglig vurdering af borgerens funktionsniveau (udfyldes af visitationsafdelingen)

	Borgerens funktionsniveau
Personlig pleje	
Mobilitet	
Mental/psykisk tilstand	
	Kørestolsbruger <input type="checkbox"/> Behov for lift

Helbredsoplysninger, faglig vurdering (udfyldes af visitationsafdeling)

--

Indsend dette skema - sammen med tilmeldingskuponen til Omsorgstandplejen.
Forvent at der går ca. 1 md. inden behandlingerne kan begynde.

Dato og underskrift

Navn, adresse og telefonnummer	Dato
	Sektionslederens/visitators underskrift



Svendborg
Kommune

Information om omsorgstandpleje

Omsorgstandpleje er et tilbud fra kommunen om hjælp til at bevare tænder og proteser i sund og funktionsdygtig stand, når det er blevet vanskeligere at passe tænderne og tandlægebesøgene selv.

I omsorgstandplejen kan du få undersøgt dine tænder og proteser regelmæssigt og få lavet mindre behandlinger og reparationer hjemme.

Nogle behandlinger foregår bedst på tandklinikken, som er indrettet med liftsystem ved tandlægestolen og nem adgang for borgere med nedsat mobilitet.

Hvad koster det?

Du skal betale ca. 48 kroner om måneden af din pension - så er nødvendig tandlægehjælp gratis.

Selv om du ikke vælger omsorgstandpleje, får du stadig sygesikringstilskud til tandbehandling, som du plejer.

Gør noget for din sundhed og dit velbefindende og udfyld tilmeldingen nederst på siden.

Flere oplysninger om omsorgstandpleje kan fås hos:

DEN KOMMUNALE TANDPLEJE - TLF. 6223 6560



Jeg ønsker at få besøg fra omsorgstandplejen

Navn: _____

Dato: _____

Personnummer: _____

Underskrift: _____

Jeg er indforstået med, at disse oplysninger samt oplysninger om mit helbred sendes til den tandlæge/klinisk tandtekniker, der skal besøge mig.