

## 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
<b>Henvisers navn, arbejdssted og tlf.nr. (Henviser skal være fagperson, som har tæt kontakt til borgeren)</b>	
<b>Diagnose: (sæt kryds)</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Psykisk udviklingshæmmet</li><li><input type="radio"/> Sindslidende</li><li><input type="radio"/> Andet (skriv hvilket):</li></ul>	
<b>Indikation for ansøgning</b>	
<b>Hvad er årsagen til, at borgeren ikke kan benytte almindeligt tandplejetilbud?</b>	
<b>Seneste tandlægebesøg</b>	
Dato	
Tandlæges navn	
Adresse	
Tlf.nr.	
<b>Dato, henvisers underskrift og evt. stempel</b>	

Henvisningen med journal etc. fremsendes til:

Souschef Helle Kromann  
Svendborg Kommunale tandpleje  
Toldbodvej 17  
5700 Svendborg  
Telefon: 62 23 40 95