

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):	
Er borgeren varigt inhabil? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Pårørende/værge/fremtidsfuldmægtig navn og telefonnummer
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:

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