

## Henvisning til tandbehandling i narkose:

Henvisningsdato:

<b>Patientens navn:</b>		<b>Cpr.nr.:</b>	
<b>Forældres navn:</b>		<b>Forældres cpr:</b> (til indkaldelse via e-boks)	
<b>Adresse:</b>			
<b>Mobil tlf. nr.</b>	<b>Tlf. arbejde</b>	<b>E-mail:</b>	
<b>Tidligere behandlet i narkose</b>		<b>Ja dato:</b>	<b>Nej</b>
<b>Er der brug for tolkebistand?</b>		<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Hvis ja til tolkebistand skriv hvilket sprog</b>			
<b>Er forældrene informeret om og indforstået med at behandling i generel anæstesi er en radikal behandling?</b>		<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Akut behov</b>		<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Hvis ja, årsag:</b>			
<b>Anamnese:</b> Indikation for behandling i generel anæstesi: Almen anamnese: Allergier: Medicin:			
<b>Foreløbig behandlingsplan:</b>			
<b>Har pt smerter?</b>		<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Gives smertestillende?</b>		<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Får patienten antibiotika?</b>		<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Er informationsmateriale gennemgået og udleveret til patienten?</b>		<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
<b>Patientens tandlæge/klinik:</b> <b>Adresse:</b> <b>Direkte tlf. nr.:</b> <b>E-mail adresse:</b>			
<b>Andet:</b>			

Husk at vedhæfte forældreaccepten for narkosebehandling sammen med henvisningen, der ligger på samme side som henvisningen. Forældreaccepten findes også på arabisk.

Vi gør opmærksom på, at suturfjernelse skal foretages i patientens egen kommune

**Med venlig hilsen**

Henvisningen sendes til e-mail: [narkosen@hillerod.dk](mailto:narkosen@hillerod.dk)

tlf: 7232 3500

---

Udfyldes af narkosepersonalet:

Forældrene er informeret pr. tlf. om flg.:

- tid
- narkoselægen ringer vedr. barnets sundhedstilstand
- der kan være ventetid på behandling
- der kan være ventetid på selve narkosedagen
- besked til henvisende tandlæge at henvisning er modtaget