

## Henvisning til Specialtandplejen

<b>Navn</b>	
<b>Cpr. nr.</b>	
<b>Adresse inkl. postnummer</b>	
<b>Navn på evt. bosted og afdeling</b>	
<b>Tlf./mobil</b>	
<b>Er borgeren erklæret varigt inhabil i forhold til tandbehandling?</b>	

### Specialtandplejen

Carlsbergvej 13 B  
3400 Hillerød

T: 7232 3500

tandplejenhillerod.dk

<b>Kontaktperson/væрге</b>	
<b>Kontaktperson tlf.nr.</b>	
<b>Væрге tlf.nr.</b>	
<b>Væрге CPR.nr.</b>	
<b>Væрге adresse</b>	

<b>Nuværende tandlæge</b>	
<b>Egen læge</b>	

**Funktionsnedsættelsen skyldes (sæt kryds):**

Sindslidelse:

Psykisk udviklingshæmning:

Fysisk handicap:

Andet:

**Borgeren har følgende diagnoser:**

**Begrundelse for henvisning:**

*(Gerne med behandlingsforslag, evt. kopi af journal og røntgen)*

## Samtykkeerklæring

- Borgeren giver mundtligt samtykke til, at der må udveksles oplysninger, som f.eks. at aftale tider:
  - Bosted
  - Støttekontaktperson
  - Andre

Hvis andre vælges, angiv hvem:

- Borgeren har en værge, som giver samtykke til, at der må udveksles oplysninger, som f.eks. at aftale tider:
  - Bosted
  - Støttekontaktperson
  - Andre

Hvis andre vælges, angiv hvem:

- Borgeren er ikke i stand til at give samtykke til, at der må udveksles oplysninger og har ingen værge.

Henvist af: \_\_\_\_\_

*Henvisningen sendes på EDI eller sikkermail til hjemkommune*