



Henvisning til specialtandplejen

Navn:

Cpr. nr.:

Adresse inkl. postnummer:

Tlf./mobil: _____

Kontaktperson/værge:

Tlf. på kontaktperson: _____

Nuværende tandlæge: ____ _____

Egen læge: _____

Begrundelse for henvisning:

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

Funktionsnedsættelsen skyldes (sæt kryds):

Sindslidelse:

Psykisk udviklingshæmning:

Fysisk handicap:

Andet:

Evt diagnoser: _____

Er borgeren erklæret varigt inhabil?

Nej: _____

Ja: _____

Specialtandplejen

Carlsbergvej 13 B

3400 Hillerød

Tlf: 7232 3500

specialtandplejen@hillerod.dk

27. juni 2023

Nærmeste pårørende/væрге navn: _____

**HILLERØD
KOMMUNE**

Nærmeste pårørende/væрге CPR. nr: _____

Nærmeste pårørende/væрге adresse:

Telefonnummer på nærmeste pårørende/væрге: _____

Henvist af: _____

*Henvisningen sendes på EDI eller sikkermail til:
tandplejen@hillerod.dk*