Navn:

**Henvisning til**

**specialtandplejen**

**Specialtandplejen**

Carlsbergvej 13 B

3400 Hillerød

Tlf: 7232 3500

specialtandplejen@hillerod.dk

16. juni 2022

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: \_\_\_\_\_

Nærmeste pårørende Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer på nærmeste pårørende: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*Henvisningen sendes på EDI eller sikkermail til:* *[tandplejen@hillerod.dk](mailto:tandplejen@hillerod.dk)*