

## Henvisning til socialtandplejen

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Navn                               |  |
| Cpr. nr.                           |  |
| Nuværende adresse inkl. postnummer |  |
| Tlf./mobil                         |  |

**Socialtandplejen**

Carlsbergvej 13 b  
3400 Hillerød

Tlf: 7232 3500

|  |  |
|--|--|
| Kontaktperson  |  |
| Kontaktperson tlf.nr.  |  |
| Kontaktpersons mail (ved skriftlige henvendelser skal der benyttes sikker mail): |  |

|                    |  |
|--------------------|--|
| Tidligere tandlæge |  |
| Egen læge          |  |

**Begrundelse for henvisning:**

**Tidligere tandlægehistorie:**

**Sociale kriterier**

- Stofmisbrug
- Alkoholmisbrug
- Boligsituation

## Samtykkeerklæring

- Borgeren giver mundtligt samtykke til, at der må udveksles oplysninger om aftalte tider med:
  - Bosted
  - Støttekontaktperson
  - Andre

Hvis andre vælges, angiv hvem:

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

Henvisningen sendes på sikkermail til: [tandplejensadm@hillerod.dk](mailto:tandplejensadm@hillerod.dk)