Henvisning til Socialtandplejen – Odder Kommune

Alle felter bedes udfyldes sammen med borgeren.

Henvisningen skal sendes til tandplejen@odder.dk att: Socialtandpleje eller afleveres til personalet ved Tandplejen, VitaParkvej 9 st.tv., 8300 Odder

|  |
| --- |
| **Patient** |
| Navn | Cpr.nr. | Telefonnummer |
|  |  |  |
| Adresse | Postnr. | By |
|  |  |  |
| **Kontaktperson** |
| Navn + relation | Telefonnummer + mail |
|  |  |
| **Henviser** |
| Navn + relation | Telefonnummer + mail |
|  |  |
| **Egen læge** |
| Navn + adresse | Telefonnummer |
|  |  |
| Er borgeren vurderet varrigt inhabil af egen læge? Ja Nej  |
| Må vi indhente oplysninger fra egen læge som er relevant for tandbehandling? Ja Nej  |
| **Tidligere tandlæge** |
| Navn + adresse | Telefonnummer |
|  |  |
| Må vi indhente journal og røntgen fra tidligere tandlæge? Ja Nej  |

|  |
| --- |
| **Berettiget til socialtandpleje pga.:** |
|  Hjemløshed §110 (lov om social service) §104 (lov om social service) Borger i kaotisk misbrug som har behov for akut tandbehandling |

|  |
| --- |
| **Udfordringer ved tandlægebesøg/tandbehandling** |
|  |
| **Tandbehandling og behov** |
| Har der tidligere været behandling af tænderne i narkose?  | Ja Nej Ved ikke  |
| Er der på nuværende tidspunkt smerter fra tænderne?  | Ja Nej Ved ikke  |
| Er der problemer med at spise/tygge?  | Ja Nej Ved ikke  |
| Har borgeren tandproteser?  | Ja Nej Ved ikke  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Helbredsoplysninger** | **Ja** | **Nej** | **Bemærkning** |
| Hjertesygdomme (hvilke?) |  |  |  |
| Forhøjet blodtryk |  |  |  |
| Blodfortyndende medicin |  |  |  |
| Bisfosfonat-behandling (fx ved knogleskørhed eller cancer) |  |  |  |
| Sukkersyge (type 1 eller 2?) |  |  |  |
| Epilepsi |  |  |  |
| Luftvejslidelser (fx astma eller KOL) |  |  |  |
| HIV/AIDS |  |  |  |
| Leverbetændelse |  |  |  |
| Tidligere strålebehandling på hoved/hals |  |  |  |
| Allergi fx penicillin, latex osv. |  |  |  |
| Langvarig blødning efter sår eller tandudtrækning |  |  |  |
| Neurologiske eller psykiske lidelser (hvilke?) |  |  |  |
| Udadreagerende adfærd |  |  |  |
| Rygning (hvad og hvor meget dagligt?) |  |  |  |
| Alkohol (Hvor mange genstande om ugen?) |  |  |  |
| Stoffer (Hvad og hvor ofte? |  |  |  |
| Vejer mere end 130 kg |  |  |  |
| Nedsat hørelse |  |  |  |
| Nedsat syn |  |  |  |
| Kommunikationsbesvær |  |  |  |
| Kørestolsbruger |  |  |  |
| **Anden sygdom eller relevant information (fx vurderet mental alder, sprogforståelse/behov for tolk)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Accept til henvisning og indhentning af oplysninger som noteret ovenfor** |
| Underskrift fra borger, pårørende eller værge | Underskrift | Dato |
|  |  |

Ved spørgsmål/akut behov for tid, så kontakt Rikke Thomsen på skoledage kl 8-15 på tlf. 23459701.