


Henvisning til specialtandpleje

Tandlæger, læger, sygepleje- eller pædagogisk personale skal fremsende henvisningen til den kommunale specialtandpleje i patientens bopælskommune. Den kommunale specialtandpleje vil herefter vurdere, om henvisningen skal videresendes til Regional specialtandpleje.

Navn:	Cpr.nr.:	Adresse:
Tlf. nr.:	Mobilnr.:	Kommune:
Navn på: <input type="checkbox"/> forældre. <input type="checkbox"/> værge. <input type="checkbox"/> kontaktperson:		Tlf.nr.:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Egen læge (navn, adresse, tlf.nr.):		
<input type="text"/>		

Helbredsoplysninger

Højde: <input type="text"/>	Vægt: <input type="text"/>	BMI (udfyldes af den regionale specialtandpleje):		
		JA	NEJ	VED IKKE
Hjertesygdomme (diagnose)				
Forhøjet blodtryk				
Langvarig blødning ved sår el. efter tandudtrækning				
Sukkersyge				
Leverbetændelse (type)				
HIV / AIDS				
Epilepsi				
Strålebehandling på hoved- og/el. halsregion				
Tidligere behandlet i narkose				
Pencilling- eller anden allergi (hvis ja - allergisk overfor hvad?)				
Luftvejslidelse (ex. KOL, asthma el. bronchitis):				
<input type="text"/>				
Diagnoser (Skal påføres i tilfælde af psykiske lidelser, syndromer o.a.):				
<input type="text"/>				
	Medicin: (Skal udfyldes).	<input type="checkbox"/> Får medicin.	<input type="checkbox"/> Får ikke medicin.	
Hvilken medicin: _____				
<input type="checkbox"/> Se vedlagte medicinliste				

Funktionsniveau:

Kørestolsbruger. Nedsat syn. Nedsat hørelse. Intet verbalt sprog. Talebesvær.

Anvender tegn til tale. Vanskeligheder ved at forstå informationer.

Andet (eksempelvis behov for liftning):

Beskrivelse af henvisningsårsag (Eksempelvis tidl. forsøgt behandling, kooperations vanskeligheder og/eller andet relevant. Hvis henviser, er privatpraktiserende tandlæge, **skal** odontologisk behandlingsbehov og tentativ behandlingsplan beskrives):

Henvisende fagperson (Navn, dato, stempel, og underskrift):

Samtykke

Underskrives af patienten, forældre/væрге el. kontaktperson.

Af hensyn til tandbehandlingen kan det være nødvendigt at indhente/videregive oplysninger fra/til andre hospitaler/behandlingssteder.

Er du indforstået hermed? ja nej.

Dato: _____ Underskrift: _____

(Kan underskrives af kontaktperson såfremt mundtligt samtykke er givet af patienten el. forældre/ væрге).

Udfyldes af den kommunale specialtandpleje

Odontologisk- og tentativ behandlingsplan:

Patienttype:

Specialtandpleje.

Børne-ungetandpleje.

Omsorgstandpleje.

Henvisningsårsag:

Regelmæssig tandpleje.

Speciel enkeltbehandling.

Diagnostisk udredning og behandlingsplanlægning.

Tandbehandling i generel anæstesi.

Akut nødbehandling.

Har den patient smerter fra mundhulen: ja nej.

Har patienten brug for tolkebistand: ja nej. Hvis ja - på hvilket sprog _____

Røntgen medsendt: ja nej. Antal:

Visiterende kommune (Navn, dato, stempel og underskrift):