



Henvisning til specialtandplejen

Navn: _____ Cpr.nr: _____

Adresse: _____

Tlf.nr: _____

Navn på Kontaktperson/værge _____ Tlf.nr: _____

Nuværende tandlæge: _____

Egen læge: _____

Begrundelse for henvisning (eksempelvis tidl. forsøgt behandling, kooperations vanskeligheder samt andet relevant):

Funktionsnedsættelse (sæt X):

- Kørestolsbruger
- Nedsat syn
- Nedsat hørelse
- Intet verbalt sprog
- Talebesvær
- Anvender "Tegn til tale"
- Har vanskeligt ved at modtage og forstå informationer
- Behov for tolkebistand

Diagnoser:

Henvist af (Navn, titel, e-mail, stempel og underskrift):

Dato:

Dato og underskrift patient/værge