



## 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
- Kan modtage og forstå informationer
- Har patienten brug for tolkebistand

### Diagnoser:

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

**Dato:**

\_\_\_\_\_  
Dato og underskrift patient/værge