

Henvisning til Enkelt-GA

Alle felter skal udfyldes.

Er henvisningen mangelfuld vil henvisningen blive afvist og blive sendt tilbage til henvisende kommune.

Navn:	Cpr. nr.:
Adresse:	By og postnummer:
Telefon:	Kommune:
Pårørende/kontaktperson/værge	Telefon:
Årsag til henvisning til behandling i fuld narkose i hospitalsregi: <input type="checkbox"/> Erklæring fra anæstesiolog <input type="checkbox"/> ASA III	
Tandfaglige diagnoser:	
Følgende skal medsendes henvisningsskemaet: <ul style="list-style-type: none"> • Samtykkeerklæring • Helbredsskema • Erklæring fra anæstesiolog eller dokumentation for ASA III • Opdateret medicinliste • Tandlægejournal og røntgenbilleder • Behandlingsplan 	

Region Sjællands Tandpleje
Specialtandplejen
Ringstedgade 61, indgang 33/33A
4700 Næstved
Telefon: 58 52 49 88
Mail: rstand@regionsjaelland.dk

Dato og underskrift (visitor)

Kommunens stempel