



Henvisning til Region Sjællands Specialtandpleje

Navn: _____ Cpr. nr.: _____

Adresse: _____ Postnummer: _____

Telefon: _____ By: _____

Væрге Personlig Økonomisk

Navn: _____ Telefon: _____

Cpr. nr.: _____

Pårørende

Navn: _____ Telefon: _____

Kontaktperson

Navn: _____ Telefon: _____

Nuværende/tidligere tandlæge

Navn: _____ Telefon: _____

Patientens funktionsnedsættelse skyldes:

- ☐ Sindslidelse
- ☐ Fysisk handicap
- ☐ Psykisk udviklingshæmning
- ☐ Andet _____

Har borgeren behov for:

omfattende sygepleje

pædagogisk bistand

Diagnose: _____

Beskrivelse af særlige behov eller udfordringer:



Henvisningsskema udfyldt af:

Stilling

Tlf. nr.:

Underskrift:

☐ Patient/værge giver hermed samtykke til indhentning af journalmateriale fra tidligere tandlæge og opslag i FMK og Sundhedsplatformen.

Dato

Underskrift patient/værge

**Henvisningsskemaet sendes til bopælskommune til godkendelse.
Kommunen videresender henvisningen til Specialtandplejen Region Sjælland.**

Udfyldes af bopælskommune:

Dato og underskrift (visitor)

Kommunens stempel

Det udfyldte og underskrevet skema sendes til:

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