

HENVISNING TIL SPECIALTANDPLEJEN

Navn:				Nærmeste pårørende (forældre /familie/kontaktperson):			
Personnr.:							
Adresse:				Adresse:			
Postnr.:		By:		Postnr.:		By:	
Telefonnr.:				Telefonnr.:			

Henvises hermed til Specialtandplejen for regelmæssig opsøgende, forebyggende og behandlende tandpleje.

Hidtidige tandplejevaner: Herunder: - hvor har patienten hidtil gået til tandlæge - hvornår har patienten sidst været til tandlæge?		
Hvorfor kan patienten ikke fortsætte hos nuværende tandlæge?		
Er der indhentet udtalelse fra nuværende tandlæge? Vedlægges til henvisningen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis nej, hvorfor ikke?

Helbredsoplysninger	Bemærkninger	
Almene, kroniske og psykiske sygdomme:		
Medicin: Opdateret medicinliste bedes vedlagt/vedhæftet.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Allergi: Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Fysisk funktionsniveau: Kørestolsbruger, eller lignende.		
Mentalt funktionsniveau:	<input type="checkbox"/> Højt <input type="checkbox"/> Middel <input type="checkbox"/> Lavt	
Kommunikationsevne:	<input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Middel <input type="checkbox"/> Ringe <input type="checkbox"/> Intet sprog Anden kommunikationsform:	
Samarbejdsevne: Vil patienten kunne samarbejde til tandeftersyn?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Kan ikke vurderes	
Har patienten smerter?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Dato:	Henviseende kontaktperson (navn, stilling, adresse og telefonnummer):

SENDES TIL:

Den kommunale Tandpleje

Åkirkebyvej 25 C

3700 Rønne

sikkerpost@brk.dk Emne Tandplejen