



Henvisning til Specialtandplejen i Gentofte Kommune

Navn:

Cpr.nr.:

Adresse:

Tlf. nr.:

E-mail adresse:

Kontaktperson/værges navn:

Nuværende tandlæge:

Egen læge:

**Begrundelse for henvisningen
(Vedlagt journal og røntgen)**

Oplysning om medicin og evt. allergi.

Patientens funktionsnedsættelse skyldes:

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

Evt. diagnoser:

Beskrivelse af særlige behov eller problemer

Henvist af:

Dato

**Underskrift, stilling og tlf.
Stempel**

Til Specialtandplejen hører sindslidende, psykisk udviklingshæmmede og fysisk handicappede uden egenomsorg, og som ikke kan benytte anden tandpleje.