


Henvisning specialtandpleje

Tandlæger, læger, sygepleje- eller pædagogisk personale skal fremsende henvisningen til den kommunale specialtandpleje i patientens bopælskommune. Den kommunale specialtandpleje vil herefter vurdere, om henvisningen skal videresendes til den regionale specialtandpleje

Navn:	Cpr. nr.:	Adresse:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefonnummer:	Mobilnr.:	Kommune:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Navn på: forældre <input type="checkbox"/> værge <input type="checkbox"/> kontaktperson <input type="checkbox"/>		Tlf.nr.:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Egen læge (navn, adresse, tlf.nr.):			
<input type="text"/>			
Helbredsoplysninger			
Højde: <input type="text"/>	Vægt: <input type="text"/>	BMI (udfyldes af den regionale specialtandpleje):	
Hjerte- karsygdomme (ex. blodtryk o.a.) Hvis ja skal diagnose påføres:	JA	NE J	VED IKKE
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektioner: (ex. HIV, AIDS, MRSA, leverbetændelse) Hvis ja - skal diagnose påføres:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			
Luftvejslidelse, (ex. astma, bronkitis el. KOL) Hvis ja - skal diagnosen påføres:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			
Penicillinallergi el. anden allergi/intolerance (hvis ja - beskriv hvad du er allergisk/ intolerant overfor):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			
Diagnoser (Ex. psykisk lidelse, syndrom, udviklingshæmning o.a.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			
Har du tidligere oplevet langvarig blødning ved sår el. efter tandudtrækning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du tidl. fået strålebehandling på hoved- og/el. halsregion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du tidligere fået narkose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Medicin (SKAL udfyldes): <input type="checkbox"/> Får ikke medicin <input type="checkbox"/> Får medicin			
<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Se vedlagte medicinliste			

Cpr.nr.

Livstilsvaner:

Dgl. tobaksforbrug

Ugentligt alkoholforbrug

Andet relevant

Funktionsniveau:

Nedsat syn Nedsat hørelse Intet verbalt sprog

Talebesvær Anvender tegn til tale Vanskeligheder ved at forstå informationer

Kørestolsbruger Behov for liftning fra kørestol til tandlægestol

Andet relevant information:

Beskrivelse af henvisningsårsag (Eksempelvis tidl. forsøgt behandling, kooperations vanskeligheder og/eller andet relevant. Hvis henviser, er privatpraktiserende tandlæge, **skal** odontologisk behandlingsbehov og tentativ behandlingsplan beskrives):

Henviser (Skal altid udfyldes):

Dato

Navn

Titel

Adresse

Tlf.

e-mail

Samtykke

(udfyldes af henviser)

For at kunne yde den bedste behandling kan der opstå behov for at indhente/videregive oplysninger fra/til andre hospitaler/behandlingssteder. Dette forudsætter, at patient/forældre/værge har givet sit samtykke hertil (jf. Sundhedslovens kap. 9). En forudsætning for, at Afdeling for Regional Specialtandpleje kan påtage sig patientbehandlingen, er derfor, at den kommunale tandpleje forud for henvisning har sikret sig og journaliseret et sådan samtykke.

Samtykke er indhentet og journaliseret.

(Er dette felt ikke udfyldt, vil henvisningen blive returneret).

Cpr.nr.

Udfyldes af den kommunale tandpleje

Odontologisk- og tentativ behandlingsplan:

Patienttype:

- Specialtandpleje Børne-unge tandpleje Omsorgstandpleje

Henvisningsårsag (Sæt kun et kryds):

- Regelmæssig tandpleje.
 Speciel enkeltbehandling (udføres på klinik i lokal analgesi).
 Diagnostisk udredning og behandlingsplanlægning.
 Tandbehandling i generel anæstesi.
 Akut nødbehandling.

Har patienten smerter fra mundhulen: ja nej

Har patienten brug for tolkebistand: ja På hvilket sprog: nej

Rtg. medsendt Antal: OTP medsendt Antal:

Visiterende kommune:

Dato

Kommune

Klinik

Navn på henviser

Adresse

Tlf.

E-mail