



HILLERØD
KOMMUNE



Halsnæs
Kommune

Henvisning til specialtandplejen

Navn:

Cpr. nr.:

Adresse inkl. postnummer:

Tlf./mobil: _____

Kontaktperson/værge:

Tlf. på kontaktperson: _____

Nuværende tandlæge: _____

Egen læge: _____

Begrundelse for henvisning:

(Gerne med behandlingsforslag, evt. kopi af journal og røntgen)

Funktionsnedsættelsen skyldes (sæt kryds):

Sindslidelse:

Psykisk udviklingshæmning:

Fysisk handicap:

Andet:

Borgeren har følgende diagnoser:

Specialtandplejen

Carlsbergvej 13 B

3400 Hillerød

Tlf: 7232 3500

specialtandplejen@hillerod.dk

7. maj 2024

Er borgeren erklæret varigt inhabil?

Nej: _____

Ja: _____

Hvis Ja udfyld nedenstående

Nærmeste pårørende/væрге navn: _____

Nærmeste pårørende/væрге CPR. nr: _____

Nærmeste pårørende/væрге adresse:

Telefonnummer på nærmeste pårørende/væрге: _____

Henvist af: _____

Henvisningen sendes på EDI eller sikkermail