



---

## Henvisning og betalingstilsagn til Specialtandplejen i Gentofte Kommune

Navn:

Cpr.nr.

Tlf.nr:

E-mail:

Kontaktperson/værges navn:

Kontaktperson/værges tlf.nr.:

e-mail:

Nuværende tandlæge navn:

tlf.nr.:

Egen læge navn og tlf.nr.:

**Patientens funktionsnedsættelse skyldes (skal udfyldes):** Sindslidelse Psykisk udviklingshæmmet Fysisk handicap Andet:

Evt. diagnose:

Beskrivelse af særlige behov eller udfordringer:

**Journal og røntgen skal vedlægges henvisningen**

Patienten henvises som:

 Abonnementspatient ad hoc patient

Patient/værge giver hermed

 Samtykke til indhentning af journalmateriale fra tidligere tandlæge og FMK (fælles medicinkort) Samtykke til at sende journalmateriale til bopælskommune ved ad hoc behandling

Henvist af:

Patient/værge:

Underskrift, stilling og tlf.nr.:

Underskrift:

**Henvisning sendes til bopælskommune for betalingstilsagn**

Ved førstegangsbesøg vil Specialtandplejen vurdere patientens fremtidige tilhørsforhold til denne, om der er tale om AD HOC behandling eller abonnementsaftale.

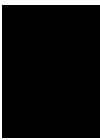
**Betalingstilsagn** (udfyldes af bopælskommune)

Bopælskommune giver betalingstilsagn:

 Abonnementspatient Ad hoc patient

Underskrift, stilling og dato:

Stempel:



# **GENTOFTE KOMMUNE**

Specialtandplejen

---

Specialtandplejen  
Direkte tlf.nr.: 3998 4340  
specialtandplejen@gentofte.dk  
Faxnr.: 3998 4350

Bank-Mikkelsens Vej 3  
2820 Gentofte