



HENVISNING TIL SPECIALTANDPLEJE

Tandlæger, læger, sygepleje- eller pædagogisk personale kan henvise patienter til visitation til specialtandpleje. Henvisningen skal sendes til visitator i den kommunale specialtandpleje i patientens bopælskommune. Adressen kan findes på www.specialtandpleje.dk

Patient navn:	Cpr. nr.:		
Folkeregister adresse:	Tlf.:		
Bopælskommune:	Medlem af Sygeforsikringen danmark:	JA	NEJ
Nærmeste pårørende/kontaktperson (relation, navn, tlf. nr.):			

Børn og unge under 18 år:

Indkald sendes via e-boks, derfor skal forældres cpr. nr. oplyses. Ved fælles forældremyndighed skal begge forældres oplysninger oplyses

Forælder 1 (navn, cpr.nr.):	Forælder 2 (navn, cpr.nr.):
-----------------------------	-----------------------------

Andre oplysninger

Tidl. tandlæge (navn, adresse og tlf. nr.):

Egen læge (navn, adresse og tlf. nr.):

Helbred

Afkryds	Ja	Nej	
Problemer med hjertet?			Hvilke?
Tidligere haft blodprop?			Hvor?
Forhøjet blodtryk?			
Luftvejslidelse (KOL, astma, bronkitis eller andet)?			Hvilke?
Sukkersyge?			Type?
Penicillinallergi el. anden allergi/intolerance?			For hvad?
Epilepsi?			Andet relevant:
Halsbrand og/eller sure opstød?			Andet relevant:
Har / har haft infektionssygdomme (ex. HIV, AIDS, Leverbetændelse, MRSA eller andre)?			Hvilke?
(Neuro) psykiske diagnoser, syndromer o.a.			Hvilke?
Ander relevant (somatiske eller psykiske lidelser, der ikke er nævnt):			Hvilke?

Navn:	Cpr. nr.:
-------	-----------

Øvrige oplysninger

Højde:	Vægt:						
Afkryds	Ja	Nej					
Har du/får du strålebehandling på hoved- og/eller halsregionen?							
Har du/får du kemobehandling?							
Har du/får du behandling for knogleskørhed?							
Har du fået/ får du blodfortyndende medicin?							
Har du fået/ får du vanddrivende medicin?							
Har der tidligere været langvarig blødning eller problemer med heling efter tandudtrækning?							
Har du tidligere været i narkose?							
Har du oplevet problemer i forbindelse med narkose?							
Afkryds	Ja	Nej					
Tager du fast medicin?							
Er du bruger af hash, heroin, amfetamin, ecstasy eller andre euforiserende stoffer?							
Drikker du alkohol?				<table border="1"> <tr> <td>Antal genstande om ugen:</td> <td>1-14</td> <td>15-21</td> <td>Over 21</td> </tr> </table>	Antal genstande om ugen:	1-14	15-21
Antal genstande om ugen:	1-14	15-21	Over 21				
Ryger du?			Hvor meget:				

Funktionsniveau

Afkryds	JA	Nej		Ja	Nej
Kørestolsbruger			Nedsat hørelse		
Behov for liftning over i tandlægestol			Talebesvær		
Nedsat syn			Kan modtage og forstå informationer		

Andet relevant:

--

Navn:	Cpr.nr.:
-------	----------

Samtykkeerklæring

Afkryds	<input type="checkbox"/>
	indhente supplerende tandlægefaglige informationer, herunder røntgenbilleder.
	viderevende denne henvisning til Afdeling for Regional Specialtandpleje.

Ved evt. viderehenvisning til Afdeling for Regional Specialtandpleje

Afkryds	<input type="checkbox"/>	Patienten har afgivet samtykke til, at Afdeling for Regional Specialtandpleje må:
	<input type="checkbox"/>	indhente supplerende oplysninger fra patientens privatpraktiserende læge.
	<input type="checkbox"/>	indhente helbreds- og medicinske oplysninger fra patientens elektroniske patientjournal (EPJ).
	<input type="checkbox"/>	sende kopi af journal og røntgenbilleder til den kommunale specialtandpleje ved afslutning af behandling i specialtandplejen.
Afkryds	<input type="checkbox"/>	Udfyldes af den henvisende kommunale tandpleje:
	<input type="checkbox"/>	Det bekræftes hermed, at der er indhentet mundtligt samtykke sv. til de afkrydsede felter. Samtykket er blevet journaliseret i patientens journal. Der er givet information om, at samtykket til enhver tid kan trækkes tilbage og hvorledes dette kan gøres.

Samtykke kan gives af patient, nærmeste pårørende, kontaktperson eller værge – samtykke er givet af:

Navn:	Afkryds	Relation til patienten
	<input type="checkbox"/>	Patient
	<input type="checkbox"/>	Nærmeste pårørende
	<input type="checkbox"/>	Kontaktperson
	<input type="checkbox"/>	Værge

Tilbagetrækning af samtykke - denne oplysning er den kommunale tandpleje forpligtet til, at informere patienten om

Det materiale/de oplysninger vi indhenter, er nødvendig for at kunne give bedst mulige behandling.
Dit samtykke kan til enhver tid trækkes tilbage.
 Dette kan du gøre ved at ringe eller maile til den specialtandpleje, hvor du modtager/skal modtage din tandbehandling.

Læs mere

Du kan læse mere om samtykke på datatilsynets hjemmeside:

www.datatilsynet.dk

Direkte link til vejledning vedr. samtykke er:

<https://www.datatilsynet.dk/media/6562/samtykke.pdf>

Navn:	Cpr.nr.:
Udfyldes af henviser	
Dato:	Henvist af (pædagog, tandlæge el. andet) Oplys navn, titel og kontaktoplysninger.:
Henvisningsårsag (ex. manglende kooperationsvne):	

Når henvisningsblanketten er udfyldt, printes den og sendes til **Tandplejen, Sundhedscenter Thors Bakke, Biografgade 3, 8900 Randers C.**
Alternativt kan den afleveres personligt på adressen.

Det er muligt, at sende blanketten pr. mail til tandpleje@randers.dk - men vær her opmærksom på, at blanketten indeholder mange person følsomme oplysninger, hvorfor vi ikke anbefaler dette.