

Henvisning til specialtandpleje

Udfyldes af den henvisende part. Felter markeret med * er obligatoriske.

Patientoplysninger

Personoplysninger *

Fornavn *

Efternavn *

CPR-nummer *

Alder

Adresse *

Postnummer og by *

Telefon

Bopælskommune

Højde cm Vægt kg

Kun udfyldes hvis patienten er under 18 år:

Forældre 1 *

Fornavn *

Efternavn *

CPR-nummer *

Telefon

Forældre 2

Fornavn

Efternavn

CPR-nummer

Telefon

Har patienten en værge? *

 Ja Nej*Hvis ja – udfyld nedenstående om værge(r):*

Hvilken type værge? *

 Økonomisk værge Personlig værge

Værge 1

Navn på værge *

Telefonnummer

E-mailadresse *

Værge 2 (hvis relevant)

Navn på værge

Telefonnummer

E-mailadresse

Nærmeste pårørende / kontaktperson

Fornavn

Efternavn

Telefon

Relation

Læge og tandlæge

Egen læge

Navn / klinik

Telefon

Adresse

Tidligere tandlæge *(vigtigt for hurtigere sagsgang)*

Navn / klinik

Telefon

Adresse

Angiv om patienten har eller har haft følgende tilstande. Sæt kryds.

Problemer med hjertet? *

Ja Nej

Hvilke? *

Tidligere haft blodprop? *

Ja Nej

Hvor? *

Forhøjet blodtryk? *

Ja Nej

Luftvejslidelse (KOL, astma, bronkitis eller andet)? *

Ja Nej

Hvilke? *

Diabetes? *

Ja Nej

Type? *

Velreguleret? *

Penicillinallergi el. anden allergi/intolerance? *

Ja Nej

For hvad? *

Epilepsi? *

Ja Nej

Andet relevant: *

Halsbrand og/eller sure opstød? *

Ja Nej

Andet relevant: *

Har / har haft infektionssygdomme (f.eks. HIV, AIDS, Leverbetændelse, MRSA)? *

Ja Nej

Hvilke? *

(Neuro)psykiske diagnoser, syndromer o.a.? *

Ja Nej

Hvilke? *

Andet relevant (somatiske eller psykiske lidelser, der ikke er nævnt)? *

Ja Nej

Hvilke? *

Har du / får du strålebehandling på hoved- og/eller halsregionen? * Ja Nej

Har du / får du kemobehandling? * Ja Nej

For hvad? *

Har du / får du behandling for knogleskørhed? * Ja Nej

Hvor længe? *

Har du fået / får du blodfortyndende medicin? * Ja Nej

Har du fået / får du vanddrivende medicin? * Ja Nej

Har der tidligere været langvarig blødning eller problemer med heling efter indgreb? * Ja Nej

Har du tidligere været i narkose? * Ja Nej

Har du oplevet problemer i forbindelse med narkose? * Ja Nej

Tager du fast medicin? * Ja Nej

Er du bruger af hash, heroin, amfetamin, ecstasy eller andre euforiserende stoffer? * Ja Nej

Har du tidligere haft et forbrug af rusmidler? * Ja Nej

Hvor meget: *

Drikker du alkohol? * Ja Nej

Antal genstande om ugen: *

1-14 15-21 Over 21

Ryger du? * Ja Nej

Hvor meget: *

Kørestolsbruger? * Ja Nej

Behov for liftning over i tandlægestol? * Ja Nej

Nedsat syn? * Ja Nej

Nedsat hørelse? * Ja Nej

Talebesvær? * Ja Nej

Kan modtage og forstå informationer? * Ja Nej

Hvordan er din boform? *

Privat bolig Institution Bosted

Har du en mestringsvejleder, mentor eller anden professionel støtte? * Ja Nej

Hvad får du hjælp til? *

Modtager du sygepleje eller pædagogisk støtte? * Ja Nej

Hvad får du hjælp til? *

Kan du selv transportere dig eller benytte offentlig transport/flextaxa? *

Ja Nej Med ledsagelse

Hvordan er du beskæftiget? *

Arbejde Pension Andet:

Hvad?

Hvilke udfordringer har du oplevet ved din tidligere tandlæge?

Lider du af tandlægeangst? * Ja Nej

Er der forsøgt behandlerskifte? *

Ja Nej Ved ikke

Er der forsøgt behandling med beroligende medicin eller lattergas? *

Ja Nej Ved ikke

Har du smerter fra tænder og mund? * Ja Nej

Hvordan og hvor ofte rengør du dine tænder? *

Andet relevant

Den kommunale tandpleje

Patienten har givet samtykke til, at den kommunale tandpleje må:

- Indhente supplerende tandlægefaglige informationer, herunder røntgenbilleder.
- Videresende denne henvisning til Afdeling for Regional Specialtandpleje.

Ved evt. viderehenvisning til Afdeling for Regional Specialtandpleje

Patienten har afgivet samtykke til, at Afdeling for Regional Specialtandpleje må:

- Indhente supplerende oplysninger fra patientens privatpraktiserende læge.
- Indhente helbreds- og medicinske oplysninger fra patientens fælles medicinkort (FMK).
- Sende kopi af journal og røntgenbilleder til den kommunale specialtandpleje ved afslutning af behandling i specialtandplejen.

Samtykkegiver

Fornavn

Efternavn

Relation til patienten:

- Patient Nærmeste pårørende Kontaktperson

Dato

Underskrift (samtykkegiver)

Udfyldes af den person/instans der foretager henvisningen (pædagog, tandlæge el. andet).

Udfyldes af henviser *

Henvist af (pædagog, tandlæge el. andet)

Fornavn *

Efternavn *

Titel

Telefon

E-mail

Henvisningsårsag (f.eks. manglende kooperationsevne): *

Dato

Underskrift (henviser)

Indsend udfyldt skema til den kommunale tandpleje. Felter markeret med * er obligatoriske.