

Henvisning til specialtandpleje

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

Patientdata

Navn		Cpr.nr.		Adresse	
Tlf.		Mobil:		Bopælskommune:	
Navn og tlf.nr. på kontaktperson, værge eller forældre <small>(Ved fælles forældremyndighed skal begge forældres oplysninger påføres)</small>					
Egen læge (navn, adresse og tlf.nr.)					

Helbred

Højde		Vægt	
Diagnoser (ex. psykisk lidelse, syndrom, udviklingshæmning o.a.)			

Afkryds/udfyld nedenstående	Ja	Nej	Ved ikke
Hjerteproblemer - hvis ja, beskriv i feltet nedenfor			

--	--	--	--

Forhøjet blodtryk			
-------------------	--	--	--

Sukkersyge			
------------	--	--	--

Epilepsi			
----------	--	--	--

Infektionssygdomme (ex. HIV, AIDS, MRSA, leverbetændelse) - hvis ja, skal diagnose påføres i feltet nedenfor			
--	--	--	--

--	--	--	--

Luftvejslidelse, (ex. astma, bronkitis eller KOL) - hvis ja, skal diagnose påføres i feltet nedenfor			
---	--	--	--

--	--	--	--

Penicillinallergi eller anden allergi/intolerance - hvis ja, beskriv nærmere i feltet nedenfor			
---	--	--	--

--	--	--	--

Har der tidl. været langvarig blødning ved sår eller efter tandudtrækning			
---	--	--	--

Er der tidl. givet strålebehandling på hoved- og/eller halsregionen			
---	--	--	--

Har patienten tidligere været i narkose			
---	--	--	--

Medicin (vedlæg medicinliste ved mere end to præparater, ellers skriv præparat(er) i feltet nedenfor)			
--	--	--	--



Medicinliste vedlagt			
----------------------	--	--	--

Livstilsvaner

	Ja	Nej	Forbrug
Dagligt tobaksforbrug			
Ugentligt alkoholforbrug			
Andet relevant:			

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

Henvisning til specialtandpleje

Funktionsniveau		
Afkryds	Ja	Nej
Nedsat syn		
Nedsat hørelse		
Intet verbalt sprog		
Talebesvær		
Anvender tegn til tale		
Kan modtage og forstå informationer		
Kørestolsbruger		
Behov for liftning over i tandlægestolen		
Andet relevant:		
Henvisning		
Henvist af (navn, titel, adresse, tlf. og e-mail):		
Beskrivelse af henvisningsårsag (ex. tidligere forsøgt behandling, kooperationsvanskeligheder samt andet relevant):		
	Patienten har smerter fra mundhulen.	
Odontologisk behandlingsbehov og tentativ behandlingsplan (beskrives af henvisende tandlæge):		
Samtykke		
<p>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.</p>		
	Samtykke er indhentet og journaliseret.	

Henvisning til specialtandpleje

Udfyldes af den kommunale specialtandplejes visitator			
Patienttype (afkryds):			
	Specialtandpleje		Børne- ungetandpleje
			Omsorgstandpleje
Patienten henvises til (der skal kun afkrydses et sted):			
	Regelmæssig tandpleje		
	Speciel enkeltbehandling (Foregår på klinikken uden anvendelse af generel anæstesi)		
	Diagnostisk udredning og behandlingsplanlægning		
	Tandbehandling under anvendelse af generel anæstesi		
	Akut nødbehandling		
Andet (afkryds)			
	Patienten har brug for tolkebistand	Sprog:	
	Patienten har IKKE brug for tolkebistand		
	Røntgen medsendt	Antal og type:	
Dato:			
Visiterende kommune:			
Klinik:			
Tlf.nr.:			
Adresse:			
E-mail:			
Nedenstående felt kan anvendes ved behov for yderligere oplysninger:			