



## Henvi sning til Specialtandplejen

Hvem kan henvise borgeren til specialtandplejen:

Fagpersoner herunder læger, sygeplejerske eller pædagogiskleder samt tandlæger, der har kendt og fulgt borgeren over tid og kender til borgerens grundsygdom.

Borgeren skal have folkeregisteradresse i Fredericia Kommune.

Obs alle sider af henvi sningen skal udfyldes.

**Vi behandler kun henvi sninger, der er udfyldt, underskrevet og stemplet af en faglig henvi ser.**

**Henvi sningen skal desuden være underskrevet af henviste eller pårørende/værge.**

Alle hvide felter i henvi sningen skal udfyldes med let læselig skrift.

Den udfyldte henvi sning sendes til:

- **Specialtandplejen, Dronningensgade 97, bygn. C 3. sal. 7000 Fredericia**

Patient		
Navn:	Cpr. nr:	Telefonnummer:
Adresse:	Postnr:	By:
Kontaktperson – relation til patienten		
Navn:	Telefonnummer:	
Henvi ser		
Navn og stilling:	Telefonnummer og mail:	
Egen læge		
Navn og adresse:	Telefonnummer:	
Er borgeren vurderet <u>varigt inhabil</u> af egen læge?		
Ja:	Nej:	
Tidligere tandlæge		
Navn og adresse:	Telefonnummer:	
Funktionsnedsættelse		
Beskriv hvori borgerens psykiske eller fysiske funktionsnedsættelse består.		



## Henvisning til Specialtandplejen

Beskriv hvilken hjælp borgeren modtager dagligt/ugentligt. Beskriv borgerens funktionsniveau, fx: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjælp til tandbørstning?</li> <li>• Hjælp til egenomsorg?</li> <li>• Bor borgeren alene eller i bofællesskab?</li> <li>• Arbejder borgeren eller førtidspension mm?</li> </ul>			
<b>Beskriv hvorfor henviste ikke kan benytte privat tandplejetilbud</b>			
<b>Hvis borgeren også lider af tandlægeangst udfyld venligst nedenstående</b>			
Er der forsøgt behandlerskift?	Ja:	Nej:	Ved ikke:
Er der forsøgt behandling med beroligende medicin?			
Er der forsøgt behandling med lattergas?			
<b>Har henviste smerter fra tænder og mund?</b>			
<b>Er der andre helbredsmæssige forhold, der skal tages hensyn til?</b>			
<b>Er borgerens vægt over 130 kg?</b>			
Ja:	Nej:	Ved ikke:	
<b>Samtykke – udfyldes af henviste, pårørende eller værge</b>			
Af hensyn til tandbehandlingen kan det være nødvendigt at indhente oplysninger fra andre behandlingssteder, fx hospitaler, egen læge, tidligere tandlæge.			
Samtykke til indhentning af supplerende oplysninger:	Ja:		
Underskrift fra henviste, pårørende eller værge:	Underskrift:	Dato:	
<b>Helbredsoplysninger</b>	Ja:	Nej:	Ved ikke:



## Henvisning til Specialtandplejen

Hjertesygdomme, hvilke?			
Forhøjet blodtryk:			
Blodfortyndende medicin:			
Bisfosfonat-behandling (behandling af knogleskørhed eller cancer)			
Epilepsi:			
Sukkersyge:			
Penicillin-allergi eller anden allergi:			
Langvarig blødning efter sår eller tandudtrækning:			
Luftvejsslidelser, fx astma eller bronkitis:			
HIV/AIDS:			
Leverbetændelse:			
Tidligere strålebehandlet af hals og hoved:			
Neurologisk eller psykisk- lidelse – hvilken?			
Nedsat hørelse:			
Nedsat syn:			
Talebesvær:			
Vanskeligheder ved at forstå kommunikation:			
Kørestolsbruger:			
Udadreagerende adfærd:			
<b>Anden sygdom</b>			
<b>Andet (fx mentalalder, sprogforståelse eller andre relevante forhold)</b>			