

Fagpersonale som tandlæger, læger, sygepleje- eller pædagogisk leder med kendskab til borgerens grundsygdom kan henvise borgere, der har folkeregisteradresse i Skanderborg Kommune, til Specialtandpleje.

OBS- udfyld både side 1, 2 og 3:

Vi kan kun behandle henvisninger, der er udfyldt, underskrevet og stemplet af en faglig henviser. Henvisningen skal desuden være underskrevet af henviste eller pårørende/værge.

Udskriv venligst henvisningen og udfyld de hvide felter med blokbogstaver eller letlæselig skrift.

Den udfyldte henvisning sendes til:

- **Specialtandplejen Sølund, Dyrehaven 10 8660 Skanderborg (med almindelig post)** eller mailes som vedhæftet fil til:
- soelund.kommunale.specialtandpleje@skanderborg.dk

Specialtandplejen i Skanderborg indkalder herefter henviste til visitation snarest muligt.

Patient

Navn:	Cpr. nr.:	Telefonnummer:
Adresse:	Postnr.:	By:

Kontaktperson – relation til patienten

Navn:	Telefonnummer:

Henviser

Navn og stilling:	Telefonnummer og mail:

Egen læge

Navn og adresse:	Telefonnummer:

Er borgeren vurderet *varigt inhabil* af læge? (sæt kryds)

Ja	Nej

Må vi indhente oplysninger fra egen læge, som er relevant for behandling og/eller visitation? (sæt kryds)

Ja	Nej

Tidligere tandlæge

Navn og adresse:	Telefonnummer:

Må vi indhente oplysninger fra tidligere tandlæge, som er relevant for behandling og/eller visitation? (sæt kryds)	
Ja	Nej

Funktionsnedsættelse – psykisk/fysisk funktionsnedsættelse

Beskriv hvilken hjælp borgeren modtager dagligt/ugentligt:
Hjælp til tandbørstning?
Hjælp til egenomsorg?
Bor alene eller i bofællesskab?
Arbejde/førtidspension mm?

Beskriv hvorfor henviste ikke kan benytte privat tandplejetilbud

Har henviste smerter fra tænder og mund?
Har henviste tidligere været i narkose?

Hvis der også er tale om tandlægeangst

	Ja	Nej	Ved ikke
Er der forsøgt behandlerskifte/klinikskifte			
Er der forsøgt behandling med lattergas?			
Er der forsøgt behandling med beroligende medicin?			

Til henviste, pårørende eller værge - samtykke

Af hensyn til visitation og tandbehandlingen kan det være nødvendigt at indhente oplysninger fra andre behandlingssteder, fx hospitaler, egen læge, tidligere tandlæge

	Ja	Nej
Samtykke til indhentning af supplerende oplysninger (sæt kryds)		
	Underskrift	Dato
Underskrift fra henviste, pårørende eller værge		

Helbredsoplysninger	Ja	Nej	Ved ikke
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?			
Luftvejslidelser, fx astma eller bronkitis?			
HIV/AIDS?			
Leverbetændelse?			
Tidligere strålebehandling af hals eller hoved?			
Neurologisk eller psykisk lidelse – hvilke(n)?			
Nedsat hørelse?			
Nedsat syn?			
Vanskeligheder med at forstå kommunikation?			
Kørestolsbruger?			
Udadreagerende adfærd?			
Anden sygdom eller andre helbredsmæssige forhold der skal tages hensyn til?			
Vægt i kg:		Højde:	
Rygning			
Hvilken form? _____			
Hvad er det daglige forbrug? _____			
Alkohol			
Antal genstande pr. dag? _____ Antal genstande pr. uge? _____			
Forbrug af andre rusmidler?			

Hvilke? _____

Hvor ofte? _____

Andet (fx vurderet mentalalder, sprogforståelse, tidligere misbruger eller andre relevante forhold)