# Ansøgning om Omsorgstandpleje I Skanderborg Kommune

(Udfyldes af borgeren/visitator/Hjemmeplejen)

Jeg ønsker at ansøge om omsorgstandpleje i Skanderborg Kommune

Navn………………………………………………………………………………………………………

CPR-nr.………………………...........................….Tlf………………………………………………..

Adresse/afdeling/stue……………………………………………………………Tlf………………….

Egen læge……………………………………………………………………….. Tlf………………….

Kontaktperson…………………………………………………………………… Tlf…………………

Nærmeste pårørende……………………………………………………………Tlf…………………

Jeg er klar over, at prisen for at deltage er kr. 610,- om året i 2025. Beløbet dækker alle ud­gifter til tandbe­handling eller protesebehandling i et år efter tilmeldingen. Samtidig giver jeg tilladelse til at der må indhentes supplerende oplysninger ved egen læge eller anden relevant information ved behov for dette.

Dato:………/…………20………Underskrift:…………………………………………Tlf……………

**Tale:** taler……………………. afasi………………………

**Syn:** normal……………….. nedsat…………………..

**Hørelse:** normal……………….. nedsat…………………..

**Mobilitet:** kan gå……………….. gå med støtte………..

kørestol……………… liggende………………..

Hvad er årsagen til at der ansøges om omsorgstandpleje?

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **Fritvalgsordning i omsorgstandplejen**   * Du modtager som udgangspunkt omsorgstandpleje på en af kommunale tandklinikker * Du kan i stedet vælge at modtage omsorgstandpleje hos privatpraktiserende tandlæge * Hvis du ønsker at benytte privatpraktiserende tandlæge, skal du kontakte den kommunale tandpleje, før du laver aftale med en privat tandlæge. |

Denne blanket mailes til:

[aeldreoghandicap@skanderborg.dk](mailto:aeldreoghandicap@skanderborg.dk)