

Fagpersonale som tandlæger, læger, sygepleje- eller pædagogisk leder med kendskab til patientens grundsygdom kan henvise patienter, 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 patienten 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](mailto:soelund.kommunale.specialtandpleje@skanderborg.dk)

Specialtandplejen i Skanderborg indkalder herefter patienten 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 patienten 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 patienten modtager dagligt/ugentligt:
Hjælp til tandbørstning?
Hjælp til egenomsorg?
Bor alene eller i bofællesskab?
Arbejde/førtidspension mm?

Beskriv, hvorfor patienten ikke kan benytte privat tandplejetilbud
Har patienten smerter fra tænder og mund?
Har patienten 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 patienten, pårørende eller værge - samtykke		
Af hensyn til visitation og tandbehandlingen kan det være nødvendigt at indhente oplysninger fra andre behandlingssteder, fx hospitaler, egen læge.		
	Ja	Nej
Samtykke til indhentning af supplerende oplysninger (sæt kryds)		
	Underskrift	Dato
Underskrift fra patienten, pårørende eller værge		

Helbredsoplysninger	Ja	Nej	Ved ikke
Hjertesygdomme, hvilke?			
Forhøjet blodtryk?			
Blodfortyndende medicin?			
Bisfosfonatbehandling (behandling af knogleskørhed eller cancer)?			
Epilepsi?			
Sukkersyge?			
Penicillinallergi 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?			
<b>Anden sygdom eller andre helbredsmæssige forhold der skal tages hensyn til?</b>			
Vægt i kg:		Højde:	
Rygning			
Hvilken form? _____			
Hvad er det daglige forbrug? _____			
Alkohol			
Antal genstande pr. dag? _____ Antal genstande pr. uge? _____			
<b>Forbrug af andre rusmidler?</b>			

Hvilke? _____
Hvor ofte? _____
<b>Andet (fx vurderet mentalalder, sprogforståelse, tidligere misbruger eller andre relevante forhold)</b>
<b>Samtykke og accept</b>
Til årlig opkrævning af brugerbetaling, som opkræves én gang årligt i januar, for det forudgående kalenderårs ydelser. Prisen reguleres årligt (maksimal egenbetaling i 2025 er 2.280kr)
Ja (sæt kryds) _____