|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KnudPos13mm1200 | | |
|  | **Specialtandplejen** | |
|  | |  |

Sendes til: Specialtandplejen

Heden 7, 3. sal

5000 Odense C

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Navn** | |  |
| **Cpr.nr** | |  |
| **Adresse** | |  |
| **Postnr.+by** | |  |
| **Tlf.nr.** | |  |
| **Kontaktperson + tlf.nr.** | |  |
| **Forældre/værge + tlf.nr.** | |  |
| **Kørestolsbruger** | | Ja            Nej |
| **Henvisers navn, arb.sted og tlf.nr.** | | |
|  | | |
| **Diagnose: (sæt kryds)** | | |
| Psykisk udviklingshæmmet  Sindslidende  Andet (skriv hvilket): | | |
| **Indikation for henvisning** | | |
|  | | |
| **Seneste tandlægebesøg** | | |
| **Dato** |  | |
| **Tandlæges navn** |  | |
| **Adresse** |  | |
| **Tlf.nr.** |  | |
|  | | |
| **Visiteret den** | | |
| Visitators navn og stempel | | |