|  |
| --- |
| 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 |