

Udfyld venligst med blokbogstaver. Modtaget d. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Navn: |  | Plejehjem, afd/stuenr: |  |
| Cpr.nummer: |  | Plejehjem tlf.nr: |  |
| Adresse: |  | Kontaktperson/tlf.nr: |  |
| Postnr. og by: |  | Tidligere tandlæge: |  |
| Eget tlf.nummer: |  | Hvis værgemål, skal denne medsendes som bilag. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ja | Nej |
| Er der tale om **akut** behov for tandbehandling? |  |  |
| Kan du selv flytte dig over i tandlægestolen? |  |  |
| Tidligere strålebehandling af hals eller hoved? |  |  |
| Penicillinallergi? |  |  |
| Sukkersyge? |  |  |
| Hjertesygdom? |  |  |
| Knogleskørhed/injektioner ifm. osteoporose? |  |  |
| Blodfortyndende medicin? |  |  |
| Demens? |  |  |

|  |
| --- |
| Begrundelse for din ansøgning om omsorgstandpleje, herunder kort beskrivelse af fysiske og/eller psykiske årsager til din kronisk nedsatte funktionsevne: |
| Kan du benytte alm. bil/taxa – hvis ikke hvorfor? |
| Benytter du hjælpemidler? Herunder kørestolsbredde, ledsagelse og gangdistance: |
| Egne tænder/Hel- eller delprotese? |

|  |
| --- |
| Evt. uddybelse af ansøgning: |

* **Samtykke til betaling:** Jeg giver samtykke til betaling for omsorgstandpleje, og er indforstået med, at denne prisreguleres én gang årligt. Nyborg Kommune henstiller til, at betaling tilmeldes betalingsservice. Vær opmærksom på muligt tilskud fra Sygeforsikringen ’Danmark’.
* **Samtykke til helbredsoplysninger:** Jeg giver samtykke til, at Nyborg Kommune må indhente og anvende foreliggende helbredsmæssige oplysninger, der er nødvendige for behandling af min ansøgning til omsorgstandpleje.
* **Samtykke til registrering og anvendelse af informationer:** Jeg giver samtykke til, at Nyborg Kommune må registrere og anvende de indtastede informationer i nødvendigt omfang.
* Jeg giver samtykke jf. afkrydsning, og erklærer på tro og love, at oplysningerne ovenfor er korrekte. Omsorgstandpleje ansøges efter § 131 i Sundhedsloven.

Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_