



Henvisning til Specialtandplejen i Roskilde kommune

Borgers navn: _____

Cpr: _____

Adresse: _____ Afdeling: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Egen læge samt telefon: _____

Evt. værge: _____

Kontaktperson (den person, der rettes henvendelse til, hvis borger ikke selv kan kontaktes)

Kontaktpersons navn og relation: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Har borgeren akutte behandlingsproblemer: JA ☐ NEJ ☐

Beskrivelse af akutte tandproblemer: _____

Begrundelse for henvisning (uddybende beskrivelse af, hvorfor borger ikke kan tilgå almen praksis):



Borgers funktionsnedsættelse skyldes:

- ☐ Sindslidelse
- ☐ Psykisk udviklingshæmning
- ☐ Fysisk handicap
- ☐ Andet

Evt. diagnoser: _____

Henvist af:

Dato

Underskrift, stilling og telefon, evt. stempel

