



Henvisning til Socialtandplejen

Dato:

Navn:

Cpr.nr.:

Adresse:

Bopælskommune:

Telefon / evt. e-mail:

-
- Borgeren opfylder de sociale kriterier og er omfattet af Socialtandplejen
- Der er aftalt tid hos jer (Dato / klokken):
- Borgeren ønsker at blive kontaktet for aftale af tid på telefon:
- Kontaktperson ønsker at blive kontaktet vedr. aftale af tid på telefon:
- Borgeren har smerter, og tandbehandling haster
- Borgeren har givet mundtligt samtykke til, at der må indhentes medicinoplysninger på FMK (fælles medicinkort)

Bemærk: Henvisningen er gyldig én måned fra d.d. Ved senere henvendelse skal borgeren genhenvises.

Kontaktoplysninger: (*skal udfyldes)

Borgeren er henvist af:

* Navn/ Stilling:

* Afdeling:

* Telefon / E-mail:

Henvisningen sendes elektronisk til:

Sikkermail: gentofte@gentofte.dk Emnefelt: Socialtandplejen

Specialtandplejen

Bank-Mikkelsen Vej 3

2820 Gentofte

39 98 43 40
