

Fagpersonale som tandlæger, læger, sygepleje- eller pædagogisk leder med kendskab til borgerens grundsygdom kan henvise borgere, der har folkeregisteradresse i Skanderborg Kommune, til Specialtandpleje.

Vi kan kun behandle henvisninger, der er udfyldt, underskrevet og stemplet af en faglig henviser. Henvisningen skal desuden være underskrevet af henviste eller pårørende/værge.

Den udfyldte henvisning sendes til:

- **Tandklinikken Skanderborg, Sygehusvej 24 a 8660 Skanderborg (med almindelig post. Att.: specialtandplejen)** eller
- Mailes via digitalpost eller sikker arbejdsmail som vedhæftet fil til: soelund.kommunale.specialtandpleje@skanderborg.dk eller
- Sendes via EDI (søg på tlf.: 87948275)

Specialtandplejen i Skanderborg indkalder herefter henviste til visitation snarest muligt.

Patient

Navn:	Cpr. nr.:	Telefonnummer:
Adresse:	Postnr.:	By:

Kontaktperson – relation til patienten

Navn:	Telefonnummer:

Henviser

Navn, relation og stilling:	Telefonnummer og mail:

Egen læge

Navn og adresse:	Telefonnummer:

Er borgeren vurderet varigt inhabil af læge? (sæt kryds)

Ja	Nej
Angiv værges navn:	
Værges mail:	
Værge telefonnummer	

Må vi indhente oplysninger fra egen læge og FMK? (sæt kryds)	
Ja	Nej
Tidligere tandlæge	
Navn og adresse:	Telefonnummer:
Må vi indhente oplysninger fra tidligere tandlæge, som er relevant for behandling og/eller visitation? (sæt kryds)	
Ja	Nej

Funktionsnedsættelse – psykisk/fysisk funktionsnedsættelse
Beskriv hvilken hjælp borgeren modtager dagligt/ugentligt:
Hjælp til tandbørstning?
Hjælp til egenomsorg?
Bor alene eller i bofællesskab?
Vurderet mentalalder og sprogforståelse:
Andet relevant:
Arbejde/førtidspension mm?

Beskriv hvorfor henviste ikke kan benytte privat tandplejetilbud			
Har henviste smerter fra tænder og mund?			
Har henviste tidligere været i narkose?			
Hvis der også er tale om tandlægeangst			
	Ja	Nej	Ved ikke
Er der forsøgt behandlerskifte/klinikskifte			
Er der forsøgt behandling med lattergas?			
Er der forsøgt behandling med beroligende medicin?			
Til henviste, pårørende eller værge - samtykke			
Af hensyn til visitation og tandbehandlingen kan det være nødvendigt at indhente oplysninger fra andre behandlingssteder, fx hospitaler, egen læge, tidligere tandlæge			
	Ja	Nej	
Samtykke til indhentning af supplerende oplysninger (sæt kryds)			
	Underskrift	Dato	
Underskrift fra henviste, pårørende eller værge			

Helbredsoplysninger	Ja	Nej	Ved ikke
Hjertesygdomme, hvilke?			
Forhøjet blodtryk?			
Blodfortyndende medicin?			
Bisfosfonat-behandling (behandling af knogleskørhed eller cancer)?			
Epilepsi?			
Sukkersyge?			
Penicillin-allergi eller anden allergi?			

Langvarig blødning efter sår eller tandudtrækning?			
Luftvejslidelser, fx astma eller bronkitis?			
HIV/AIDS?			
Leverbetændelse?			
Tidligere strålebehandling af hals eller hoved?			
Neurologisk eller psykisk lidelse – hvilke(n)?			
Nedsat hørelse?			
Nedsat syn?			
Vanskeligheder med at forstå kommunikation?			
Kørestolsbruger?			
Udadreagerende adfærd?			
Anden sygdom der ikke er nævnt ovenfor			
Supplerende oplysninger			
Vægt i kg:		Højde:	
Rygning			
Hvilken form? _____			
Hvad er det daglige forbrug? _____			
Alkohol			
Antal genstande pr. dag? _____ Antal genstande pr. uge? _____			
Forbrug af andre rusmidler?			
Hvilke? _____			
Hvor ofte? _____			
Andet:			