



## Henvisning til Specialtandplejen i Høje-Taastrup

Navn: \_\_\_\_\_ Cpr.nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tlf. nr.: \_\_\_\_\_

E-mail adresse: \_\_\_\_\_

Kontaktperson/værges navn: \_\_\_\_\_

Nuværende tandlæge: \_\_\_\_\_

Egen læge: \_\_\_\_\_

Begrundelse for henvisningen  
(Vedlagt journal og røntgen)

Oplysning om medicin og evt. allergi.

Patientens funktionsnedsættelse skyldes:

- Sindslidelse
- Psykisk udviklingshæmning
- Psykisk udviklingsforstyrret
- Fysisk handicap
- Andet: \_\_\_\_\_

Evt. diagnoser:

Beskrivelse af særlige behov eller problemer

Henvist af:

Dato \_\_\_\_\_ Underskrift, stilling og tlf. \_\_\_\_\_  
Stempel

Til Specialtandplejen hører sindslidende, psykisk udviklingshæmmede og fysisk handicappede uden egenomsorg, og som ikke kan benytte andet tandplejetilbud.

