

Specialtandplejen Gentofte
Bank Mikkelsens Vej 3
2820 Gentofte

Center for Børn, Unge og Familier

Helsingør Kommunale Tandpleje
Egevænget 4-6
3000 Helsingør

Tlf: «default_clinic_phoneNumber»

Dato 09-02-2024

Henvielse til Specialtandplejen Gentofte

Patientens navn: Skole:	Cpr.nr.: Klasse:
Forældre/værge/ kontaktperson: Adresse: Tlf.: Mobil:	
Nuværende tandlæge:	
Egen læge:	
Begrundelse for henvielse: (gerne bilagt behandlingsforslag, evt. kopi af journal og røntgen)	
Patientens funktionsnedsættelse skyldes:	<input type="checkbox"/> Sindslidelse <input type="checkbox"/> Psykisk udviklingshæmning <input type="checkbox"/> Fysisk handicap <input type="checkbox"/> Andet Evt. diagnoser:
Beskrivelse af særlige behov eller problemer:	
Henvist af:	Dato
Patienten er orienteret og indforstået med regler for egenbetaling, efter deres fyldte 18 år, på maksimalt kr. 2.200,- (grundbeløb pr. 1. januar 2024 som pristalsreguleres).	
_____ Underskrift, stilling og tlf., evt. stempel	
Der gives hermed betalingstilsagn til den abonnementsordning, der er i Specialtandplejen	_____ Overtandlæge Steen Overgaard Larsen

- 1) Til omsorgstændplejen hører sindslidende, psykisk udviklingshæmmede og fysisk handicappede med behov for hjælp til egenomsorg og som ikke kan benytte privat praksis
- 2) Til specialtændplejen hører sindslidende, psykisk udviklingshæmmede og fysisk handicappede uden egenomsorg, og som ikke kan benytte anden tandpleje.