



AD HOC henvisning til narkosebehandling i Specialtandplejen Gentofte Kommune

Patient navn:

Cpr.nr.

Tlf.nr.:

E-mail:

Kontaktperson/værges navn:

Kontaktperson/værges tlf.nr.:

E-mail:

Nuværende tandlæge navn:

Tlf.nr.:

Patientens læge navn og tlf.nr.:

Begrundelse for henvisning og behandlingsplan. Vedlæg venligst journal og røntgen.

Beskrivelse af særlige behov eller udfordringer:

Patient/værge giver hermed☐ Samtykke til indhentning af journalmateriale fra nuværende tandlæge og FMK (fælles medicinkort)☐ Samtykke til at returnere journalmateriale

Henvist af:

Patient/værge:

Underskrift, stilling og tlf.nr.:

Underskrift:

Betalingstilsagn (udfyldes af bopælskommune)

Bopælskommune giver betalingstilsagn:

☐ Ad hoc patient

Underskrift, stilling og dato:

Stempel:



GENTOFTE KOMMUNE

Specialtandplejen

Specialtandplejen
Direkte tlf.nr.: 3998 4340
specialtandplejen@gentofte.dk
Sikkermail: gentofte@gentofte.dk emnefelt: Specialtandplejen

Bank-Mikkelsens Vej 3
2820 Gentofte