

Henvisning og betalingstilsagn til Specialtandplejen i Gentofte Kommune

Fagpersoner, som er knyttet til borgere, der er indlagt på psykiatrisk hospital, tilknyttet distriktskykiatrisk ordning, har ophold i kommunale eller regionale boformer efter serviceloven eller i kommunale eller regionale almene ældreboliger efter lov om almene boliger, kan henvise.

Borgers navn:

Cpr.nr.

Tlf.nr:

E-mail:

Kontaktperson/værges navn:

Kontaktperson/værges tlf.nr.:

e-mail:

Nuværende tandlæge navn:

tlf.nr.:

Egen læge navn og tlf.nr.:

Henvisningsårsag (beskriv hvorfor henviste ikke kan benytte privattandpleje tilbud)

Er borgeren varigt inhabil?

Har borgeren behov for ledsagelse til tandlæge?

Borgeren funktionsnedsættelse skyldes (skal udfyldes):

Sindslidelse

Psykisk udviklingshæmmet

Fysisk handicap

Andet

Aktuelle relevante diagnoser:

Beskrivelse af særlige behov eller udfordringer: (behov for liftning til tandlægestol, udadreagerende ect.)

Journal skal vedlægges henvisningen

Borgeren/værge giver hermed samtykke til indhentning af journalmateriale fra tidligere tandlæge

Henvist af:

Borger/værge:

Underskrift, stilling og tlf.nr.:

dato/ Underskrift:

Henvisning sendes til bopælskommune for betalingstilsagn

Tilhørsforhold til specialtandplejen revurderes løbende og borgeren udvisiteres fra specialtandplejen, hvis specialtandplejens medarbejdere ikke længere vurderer, at borgeren er i målgruppen for specialtandplejen jf. Sundhedsloven §133.

Betalingstilsagn (udfyldes af bopælskommune)

Bopælskommune giver betalingstilsagn på, at borgerens udgifter til tandlægebehandling i Gentofte Kommunes specialtandplejeenhed på Bank-Mikkelsens Vej 3, 2820 Gentofte afholdes af bopælskommunen:

Navn, stilling

Underskrift og dato

Stempel
