



Henvisning til Socialtandplejen i Gentofte Kommune

Navn:

Cpr.nr.:

Adresse:

Tlf.nr.:

Kontaktperson/Værges navn:

Kontaktperson/Værges tlf.nr. og e-mail:

Evt. tidligere tandlæge navn og tlf.nr.:

Egen læge navn og tlf.nr.:

Begrundelse for henvisning:

Patient/værges giver hermed

Samtykke til indhentning af journalmateriale fra tidligere tandlæge og FMK (fælles medicinkort)

Henvist af:

Patient/værges:

Underskrift, stilling og tlf.nr.:

Underskrift: