# **Henvisning til Den kommunale specialtandpleje – Skive Kommune**

Alle felter bedes udfyldes sammen med borgeren.

Henvisningen skal sendes til [tana@skivekommune.dk](mailto:tana@skivekommune.dk)

| **Patient** | | |
| --- | --- | --- |
| Navn | Cpr.nr. | Telefonnummer |
|  |  |  |
| Adresse | Postnr. | By |
|  |  |  |
| **Kontaktperson** | | |
| Navn + relation | Telefonnummer + mail | |
|  |  | |
| **Henviser** | | |
| Navn + relation | Telefonnummer + mail | |
|  |  | |
| **Egen læge** | | |
| Navn + adresse | Telefonnummer | |
|  |  | |
| Er borgeren vurderet varigt inhabil af egen læge? Ja  Nej | | |
| Må vi indhente oplysninger fra egen læge som er relevant for tandbehandling/visitation? Ja  Nej | | |
| **Tidligere tandlæge** | | |
| Navn + adresse | Telefonnummer | |
|  |  | |
| Må vi indhente journal og røntgen fra tidligere tandlæge? Ja  Nej | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Beskriv hvorfor henviste ikke kan benytte privat tandplejetilbud** | | | |
| (Tandlægeskræk er ikke i sig selv et kriterie som berettiger til indskrivning i specialtandplejen. Økonomiske forhold er uden betydning for henvisningen.) | | | |
| Er der på nuværende tidspunkt smerter fra tænderne? Ja  Nej | | | |
| **Tidligere tandlægebesøg** | | | |
|  | Ja | Nej | Ved ikke |
| Er der forsøgt behandlerskifte/klinikskifte? |  |  |  |
| Er der forsøgt med ledsager til behandling |  |  |  |
| Er der forsøgt behandling med lattergas? |  |  |  |
| Er der forsøgt behandling med beroligende medicin? |  |  |  |
| Er der tidligere behandlet tænder i narkose? |  |  |  |
| **Funktionsniveau** | | | |
| Beskriv hvori borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsnedsættelse består: | | | |
| Beskriv hvilken hjælp borgeren modtager dagligt/ugentligt: | | | |
| Beskriv borgerens funktionsniveau:  (fx tandbørstning/egenomsorg, bor alene/bofællesskab/beskyttet bolig, arbejde mm.) | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Helbredsoplysninger** | **Ja** | **Nej** | **Bemærkning** |
| Hjertesygdomme (hvilke?) |  |  |  |
| Forhøjet blodtryk |  |  |  |
| Blodfortyndende medicin |  |  |  |
| Bisfosfonat-behandling (fx ved knogleskørhed eller cancer) |  |  |  |
| Sukkersyge (type 1 eller 2?) |  |  |  |
| Epilepsi |  |  |  |
| Luftvejslidelser (fx astma eller KOL) |  |  |  |
| HIV/AIDS |  |  |  |
| Leverbetændelse |  |  |  |
| Tidligere strålebehandling på hoved/hals |  |  |  |
| Allergi fx penicillin, latex osv. |  |  |  |
| Langvarig blødning efter sår eller tandudtrækning |  |  |  |
| Neurologiske eller psykiske lidelser (hvilke?) |  |  |  |
| Udad reagerende adfærd |  |  |  |
| Rygning (Hvad og hvor meget dagligt?) |  |  |  |
| Alkohol (Hvor mange genstande om ugen?) |  |  |  |
| Stoffer (Hvad og hvor ofte?) |  |  |  |
| Kørestolsbruger |  |  |  |
| Nedsat hørelse |  |  |  |
| Nedsat syn |  |  |  |
| Kommunikationsbesvær |  |  |  |
| Vægt i kg.: Højde i cm: | | | |
| **Anden sygdom eller relevant information (fx vurderet mental alder, sprogforståelse/behov for tolk, tidligere misbrug)** | | | |
|  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Accept til henvisning og indhentning af oplysninger som noteret ovenfor** | | |
| Underskrift fra borger, pårørende eller værge | Underskrift | Dato |
|  |  |