

HENVISNING TIL SPECIALTANDPLEJE

Tandlæger, læger, sygepleje- eller pædagogisk personale kan henvise patienter til visitation til specialtandpleje.
 Henvisningen skal udfyldes elektronisk og mailes til den kommunale specialtandpleje i patientens bopælsskommune.
 Kontaktoplysninger kan findes på www.specialtandpleje.dk

Patient navn:		Cpr. nr.:	
Folkeregister adresse:		Tlf.:	
Bopælsskommune:	Medlem af Sygeforsikringen danmark:	JA	NEJ
Nærmeste pårørende/kontaktperson (relation, navn, tlf. nr.):			
Børn og unge under 15 år: Indkald sendes via e-boks, derfor skal forældres cpr. nr. oplyses. Ved fælles forældremyndighed skal begge forældres oplysninger oplyses			
Forælder 1 (navn, cpr.nr.):		Forælder 2 (navn, cpr.nr.):	
Andre oplysninger			
Tidl. tandlæge (navn, adresse og tlf. nr.):			
Egen læge (navn, adresse og tlf. nr.):			
Helbred			
Afkryds	Ja	Nej	
Problemer med hjertet?			Hvilke?
Tidligere haft blodprop?			Hvor?
Forhøjet blodtryk?			
Luftvejslidelse (KOL, astma, bronkitis eller andet)?			Hvilke?
Sukkersyge?			Type?
Penicillinallergi el. anden allergi/intolerance?			For hvad?
Epilepsi?			Andet relevant:
Halsbrand og/eller sure opstød?			Andet relevant:
Har / har haft infektionssygdomme (ex. HIV, AIDS, Leverbetændelse, MRSA eller andre)?			Hvilke?
(Neuro) psykiske diagnoser, syndromer o.a.			Hvilke?
Andre relevante (somatiske eller psykiske lidelser, der ikke er nævnt):			Hvilke?

Navn:		Cpr. nr.							
Øvrige oplysninger									
Højde:		Vægt:							
Afkryds	Ja	Nej							
Har du/får du strålebehandling på hoved- og/eller halsregionen?									
Har du/får du kemobehandling?									
Har du/får du behandling for knogleskørhed?									
Har du fået/ får du blodfortyndende medicin?									
Har du fået/ får du vanddrivende medicin?									
Har der tidligere været langvarig blødning eller problemer med heling efter tandudtrækning?									
Har du tidligere været i narkose?									
Har du oplevet problemer i forbindelse med narkose?									
Afkryds	Ja	Nej							
Tager du fast medicin?									
Er du bruger af hash, heroin, amfetamin, ecstasy eller andre euforiserende stoffer?									
Drikker du alkohol?						Antal genstande om ugen:	1-14	15-21	Over 21
Ryger du?						Hvor meget:			
Funktionsniveau									
Afkryds	JA	Nej		Ja	Nej				
Kørestolsbruger			Nedsat hørelse						
Behov for liftning over i tandlægestol			Talebesvær						
Nedsat syn			Kan modtage og forstå informationer						
Andet relevant:									

Navn:	Cpr.nr.:
-------	----------

Samtykkeerklæring

Afkryds	<input type="checkbox"/>
	indhente supplerende tandlægefaglige informationer, herunder røntgenbilleder.
	videresende denne henvisning til Afdeling for Regional Specialtandpleje.

Ved evt. viderehenvisning til Afdeling for Regional Specialtandpleje

Afkryds	<input type="checkbox"/>	Patienten har afgivet samtykke til, at Afdeling for Regional Specialtandpleje må:
	<input type="checkbox"/>	Indhente supplerende oplysninger fra patientens privatpraktiserende læge.
	<input type="checkbox"/>	Indhente helbreds- og medicinske oplysninger fra patientens elektroniske patientjournal (EPJ).
	<input type="checkbox"/>	Sende kopi af journal og røntgenbilleder til den kommunale specialtandpleje ved afslutning af behandling i specialtandplejen.
Afkryds	<input type="checkbox"/>	Udfyldes af den henvisende kommunale tandpleje:
	<input type="checkbox"/>	Det bekræftes hermed, at der er indhentet mundtligt samtykke sv. til de afkrydsede felter. Samtykket er blevet journaliseret i patientens journal. Der er givet information om, at samtykket til enhver tid kan trækkes tilbage og hvorledes dette kan gøres.

Samtykke kan gives af patient, nærmeste pårørende, kontaktperson eller værge – samtykke er givet af:

Navn:	Afkryds	Relation til patienten
	<input type="checkbox"/>	Patient
	<input type="checkbox"/>	Nærmeste pårørende
	<input type="checkbox"/>	Kontaktperson
	<input type="checkbox"/>	Værge

Tilbagetrækning af samtykke - denne oplysning er den kommunale tandpleje forpligtet til, at informere patienten om

Det materiale/de oplysninger vi indhenter, er nødvendige for at kunne give bedst mulig behandling.
Dit samtykke kan til enhver tid trækkes tilbage.
 Dette kan du gøre ved at ringe eller maile til den specialtandpleje, hvor du modtager/skal modtage din tandbehandling.

Læs mere

Du kan læse mere om samtykke på datatilsynets hjemmeside:

www.datatilsynet.dk

Direkte link til vejledning vedr. samtykke er:

<https://www.datatilsynet.dk/media/6562/samtykke.pdf>

Navn:		Cpr.nr.:			
Udfyldes af henviser					
Dato:	Henvist af (pædagog, tandlæge el. andet) Oplys navn, titel og kontaktoplysninger.:				
Henvisningsårsag (ex. manglende kooperationssevne):					
Udfyldes af den kommunale specialtandpleje					
Patienttype					
	Specialtandpleje		Børne-ungetandpleje		Omsorgstandpleje
Patienten henvises til (der skal/må kun afkrydses et sted)					
	Regelmæssig tandpleje.				
	Speciel enkeltbehandling.				
	Diagnostisk udredning.				
	Akut nødbehandling.				
	Tandbehandling under anvendelse af generel anæstesi.		Herunder fremstilling af protetik (afregning iht. rammeaftale).		
Kan patienten ikke afgive samtykke til behandling i generel anæstesi, betragtes dette som en medicinsk tvangsbehandling. Forinden dette iværksættes, skal tillidsskabende tiltag være forsøgt: Er tillidsskabende og motiverende tiltag er forsøgt?			Ja	Nej	
Patienten har brug for tolkebistand:			Ja	Nej	
Sprog:					
Beskrivelse af henvisningsårsag (ex. tidligere forsøgt behandling, kooperationsvanskeligheder samt andet relevant):					
Har patienten har smerter fra mundhulen:			Ja	Nej	

Navn:	Cpr.nr.:
Odontologisk behandlingsbehov og tentativ behandlingsplan:	
Medsendte røntgen:	
Antal enorale røntgen:	Dato for optagelse:
Antal BW:	Dato for optagelse:
Antal OTP:	Dato for optagelse:
Visitor (den kommunale tandpleje i patientens bopælskommune)	
Dato:	
Henviseende kommune:	
Visitor:	
Tlf.:	
E-mail:	
Supplerende oplysninger:	