|  |
| --- |
|  **HENVISNING TIL OMSORGSTANDPLEJE****Når borgeren er visiteret, sendes denne blanket til:** TANDPLEJENS KONTORRESENVEJ 25, PLAN 57800 SKIVEtana@skivekommune.dkTlf. 99156889 |

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: | CPR. nr.: |
| Adresse: |
| Nærmeste pårørende/kontaktperson: | Tlf. nr. |
| Tidl. Tandlæge (navn, adresse og tlf.nr.): |
| **Egen læge (navn, adresse og tlf. nr.):** |

**Valg af leverandør:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Den Kommunale Tandpleje, Skive Kommune |
|  | Privatpraktiserende tandlæge: |

**Årsag til visitation til omsorgstandpleje:**

|  |  |
| --- | --- |
| Helbredsmæssigt |  |
| Tandmæssigt |  |

**Borgeren har:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Protese | Delprotese | Egne tænder |
|  |  |  |

*Ydelsens målgruppe: Personer, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan benytte det almindelige tandplejetilbud.*

|  |
| --- |
| **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? |  |  | For hvad? |
| Epilepsi? |  |  |  |
| Har/har haft infektionssygdomme (ex. HIV, AIDS, leverbetændelse, MRSA, andre)? |  |  | Hvilke? |
| Demens, Alzheimer? |  |  |  |
| Andet? (ex. andre end ovennævnte somatiske sygdomme, (neuro) psykiske diagnoser, syndromer eller andet) ? |  |  |  |
| Knogleskørhed? |  |  |  |
| Har der tidligere været langvarig blødning eller problemer med heling efter tandudtrækning? |  |  |  |
| Tidligere narkose? |  |  |  |
| **Afkryds** | **Ja** | **Nej** |  |
| Hvis ja – Har der været problemer i forbindelse med narkose? |  |  |  |
| **Medicin** |
| Har fået/får blodfortyndende medicin? |  |  |  |
| Har fået/får vanddrivende medicin? |  |  |  |
| Har fået/får medicin mod knogleskørhed? |  |  |  |
| Andet fast medicin? |  |  | Hvis ja – Hvilken? |
| **Funktionsniveau** |
|  **Afkryds** | **Ja** | **Nej** |  | **Ja** | **Nej** |
| Kørestolsbruger |  |  | Nedsat hørelse |  |  |
| Behov for liftning over i tandlægestol |  |  | Talebesvær |  |  |
| Nedsat syn |  |  | Kan modtage og forstå informationer |  |  |
| **Øvrige oplysninger** |
|  **Afkryds** | **Ja** | **Nej** |  |
| Ryger? |  |  | Hvis ja, hvor meget? |
| Indtagelse af alkohol -genstande pr. uge? |  |  |  |
| **Afkryds** | **Ja** | **Nej** |  |
| Husdyr?  |  |  | Hvis ja, hvilke? |
| **Samtykkeerklæring** |
| **Afkryds** | **Jeg giver herved mit samtykke til, at Den Kommunale Tandpleje må:** |
|  | Indhente supplerende tandlægefaglige informationer, herunder røntgenbilleder |
|  | Indhente supplerende oplysninger fra min privatpraktiserende læge |
| **Dato og underskrift** | **Skal** underskrives af patient eller værge |
| **Tilbagetrækning af samtykke** |
| Det materiale/de oplysninger vi indhenter, er nødvendig for at kunne give den bedst mulige behandling.Dit samtykke kan til hver en tid trækkes tilbage. |
| **Visitationsskema udfyldt af -**Navn og kontaktoplysninger: |  |
| Dato og underskrift: |  |