|  |
| --- |
| **HENVISNING TIL OMSORGSTANDPLEJE**  **Når borgeren er visiteret, sendes denne blanket til:**  TANDPLEJENS KONTOR  RESENVEJ 25, PLAN 5  7800 SKIVE  [tana@skivekommune.dk](mailto:tana@skivekommune.dk)  Tlf. 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: | | |  | | | | | | |