



Henvisning til tandbehandling i generel anæstesi

Patientens navn:

Cpr. nr.:

Adresse:

Postnr. og by:

Evt. forældre/kontaktpersons navn:

CPR-nr:

Telefonnr.:

Egen læges navn:

Egen læges telefonnr.:

Må læge kontaktes forud for behandling? JA NEJ

Beskrivelse af behandlingsbehov og foreløbig behandlingsplan, samt om behovet er akut (+/- smerter):

I tilfælde af ekstraktion af permanente tænder på børn og unge under 18 år:

Er der ortodontisk behandlingsplan? JA NEJ

Er der skriftlig tilladelse fra forældre? JA NEJ hvis JA, vedlæg venligst denne tilladelse

Direkte nummer som vi kan kontakte henvisende tandlæge/tandklinik på:

Henvisende tandlæge _____

Dato, underskrift / klinikstempel.

Henvisning, helbredsskema (udfyldt hos egen læge) og evt. bilag (røntgen, ex-tilladelse mm.)

sendes samlet til Vallensbæk kommunale Tandpleje via EDI-portalen.