

Ansøgningskema til omsorgstandplejen

UDFYLDES MED BLOKBOGSTAVER

Navn		CPR. NR	
Adresse		Postnummer/by	
Telefon		Kontaktperson Telefon	

BEGRUNDELSE FOR ANSØGNINGEN

Oplysning om betaling og samtykke

Lægeoplysninger

Af hensyn til tandbehandlingen kan det være nødvendigt at indhente oplysninger fra andre behandlingssteder, eksempelvis egen læge eller hospitalsafdeling.

Jeg er indforstået med, at kommunen indhenter foreliggende helbredsmæssige oplysninger, der er nødvendige for behandling af ansøgningen.

Jeg erklærer på tro og love, at foranstående besvarelse er i overensstemmelse med sandheden.

Dato og underskrift:

Skemaet bedes udfyldt og returneret til
Visitationen, Thorsvej 63, 7500 Holstebro
Tlf: 96114900

Oplysningskema til omsorgstandplejen

VIGTIG INFORMATION - SKAL UDFYLDES

Tidligere tandlæge		Egen læge adresse Telefon	
--------------------	--	---------------------------------	--

	Ja	Nej		Ja	Nej
Er der tale om AKUT tandbehandling? Smerter/infektion			Kan du selv varetage din daglige mundhygiejne?		

	Ja	Nej		Ja	Nej
Er du tidligere bevilget omsorgstandpleje?			Tidligere strålebehandling af hals og hoved		
Sukkersyge			Vanskelig ved at kommunikere		
Leverbetændelse			Kørestolsbruger		
HIV/AIDS			Knogleskørhed		
Har du egne tænder			Har du proteser		

Hjertesygdom - Hvis ja, hvilken ?	
Blodfortyndende medicin - Hvis ja, hvilken ?	
Psykiske lidelser - Hvis ja, hvilken ?	
Demens – hvis ja, hvilken type ?	
Andre relevante oplysninger ?	

Hvis ansøgningen godkendes, ønsker jeg at blive tilmeldt:

Holstebro Kommunale Tandpleje

Stationsvej 35, 2.sal
7500 Holstebro

Privat praktiserende tandlæge/tekniker

Navn:
Adresse:

PBS nr.:	00071129
Debitorgruppe	00834
Kundenummer	043 CPR. NR 00

Udfyldes af borgeren:

Bankforbindelse	
Registreringsnummer	
Kontonummer	

4 – cifre

10 - cifre