



AD HOC henvisning til narkosebehandling i Specialtandplejen Gentofte Kommune

Patient navn: _____

Cpr.nr. _____

Tlf.nr.: _____

E-mail: _____

Kontaktperson/værges navn: _____

Kontaktperson/værges tlf.nr.: _____

E-mail: _____

Nuværende tandlæge navn: _____

Tlf.nr.: _____

Patientens læge navn og tlf.nr.: _____

Begrundelse for henvisning og behandlingsplan. Vedlæg venligst journal og røntgen.

Beskrivelse af særlige behov eller udfordringer:

Patient/værgen giver hermed

 Samtykke til indhentning af journalmateriale fra nuværende tandlæge og FMK (fælles medicinkort) Samtykke til at returnere journalmateriale

Henvist af: _____

Patient/værgen: _____

Underskrift, stilling og tlf.nr.: _____

Underskrift: _____

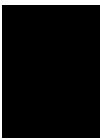
Betalingstilsagn (udfyldes af bopælskommune)

Bopælskommune giver betalingstilsagn:

 Ad hoc patient

Underskrift, stilling og dato: _____

Stempel: _____



GENTOFTE KOMMUNE

Specialtandplejen

Specialtandplejen
Direkte tlf.nr.: 3998 4340
specialtandplejen@gentofte.dk
Sikkermail: gentofte@gentofte.dk emnefelt: Specialtandplejen

Bank-Mikkelsens Vej 3
2820 Gentofte