

Ansøgning om specialtandpleje

Navn:	
Cpr.nr.:	
Adresse:	
Telefonnr.:	
Kontaktperson + tlf.nr.	
Forældre/værge + tlf.nr.	
Kørestolsbruger	

Henvisers navn, arbejdssted og telefonnr.:

Diagnose (sæt kryds):
<input type="checkbox"/> Psykisk udviklingshæmmet
<input type="checkbox"/> Sindslidende
<input type="checkbox"/> Andet, skriv hvilket:

Indikation for henvisning

Dato for seneste tandlægebesøg:	
Tandlæges navn:	
Adresse:	
Telefonnr.	

Dato, underskrift og evt. stempel

Henvisningen sendes til:

Assens Kommunale Tandpleje
Skelvej 29
5610 Assens