****

**Ansøgning om Socialtandpleje**

|  |  |
| --- | --- |
| **Navn** |  |
| **Cpr. nr.** |  |
| **Adresse** |  |
| **Telefon** |  |
| **Kontaktperson samt telefon** |  |
| **Forældre/værge samt telefon**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Henvisers navn** |  |
| **Henvisers arbejdssted** |  |
| **Henvisers telefon** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Begrundelse for henvisning**Herunder diagnose |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Egen tandlæge**  |  |
| **Dato for seneste tandlægebesøg**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dato**  |  |
| **Underskrift**(borger, værge eller henviser) |  |

Skemaet sendes via sikker mail med NemID – eller pr. post til:

Den kommunale Tandpleje

Skelvej 29

5610 Assens

**Forbeholdt Tandplejen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Visiteret til Specialtandpleje** |   |
| **Begrundelse** |  |
| **Dato** |  |
| **Underskrift**  |  |