

## Henvisning til specialtandpleje

Navn	
CPR-nummer	
Adresse	
Postnummer og by	
Tlf.nr.	
Kontaktperson og tlf.nr.	
Forældre/væрге og tlf.nr.	
Kørestolsbruger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Henvisers navn, arbejdssted og tlf.nr.</b>	
<b>Diagnose: (sæt kryds)</b>	<input type="checkbox"/> Psykisk udviklingshæmmet <input type="checkbox"/> Sindslidende <input type="checkbox"/> Andet (skriv hvilket):
<b>Indikation for henvisning</b>	
<b>Seneste tandlægebesøg</b>	
Dato	
Tandlæges navn	
Adresse	
Tlf.nr.	
<b>Dato, underskrift og evt. stempel</b>	

### Henvisningen fremsendes til:

tand@kolding.dk eller Tandplejens administration, Sygehusvej 6, 6000 Kolding