



ANSØGNING OM OMSORGSTANDPLEJE

Ansøger

Navn:

Adresse:

Cpr. nr.:

Tlf.:

Kontaktperson (pårørende eller personale)

Navn:

Relation til borger:

Tlf.:

Årsag til ansøgning:

Hvorfor kan almindeligt tandplejetilbud ikke benyttes? Se eksempler i informationsblad.

Er de kørestolsbruger? Ja: Nej:

Er der på nuværende tidspunkt problemer med tænder eller protese? Ja: Nej:
Hvis ja, hvori består problemet?

Tager De blodfortyndende medicin? Ja: Nej:

Vedlagt medicinskema? Ja: Nej:

Leverandør er den kommunale tandpleje, Børmosevej 1, 5550 Langeskov, tlf.: 6515 1915

Samtykke (sæt kryds og udfyld dato og navn):

___ Jeg giver hermed/borger har givet informeret samtykke til denne ansøgning og til, at omsorgstandplejen må indhente nødvendige relevante oplysninger om mit helbred og medicinindtag ved samarbejdspartnere.

Dato:

Udfyldt af: