|  |  |
| --- | --- |
| **Navn** |  |
| **CPR nr.** |  |
| **Adresse** |  |
| **Tlf.nr.** |  |
| **Praktiserende læges navn og tlf.nr.** |  |
| **Navn, mail og telefonnummer**  **på evt. støtteperson** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Aktuel tandmæssig problemstilling**  (fx smerter, betændelse, tandbyld, løse tænder, knækkede tænder m.m.) |  |
| **Tidligere tandlægehistorie**  (regelmæssige tandlægebesøg? hvornår sidst? Udeblivelser? Kontroverser? Traumatiserende oplevelser?) |  |
| **Behov for behandling i hjemmet?**  Beskrivelse og begrundelse | **Nej** |
| **Aktuel tandstatus** | Egne tænder i overmund højre side:  Egne tænder i overmund venstre side:  Egne tænder i undermund højre side:  Egne tænder i undermund venstre side:  Protese? |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sociale situation**  (rusmiddelbrug, boligsituation, forsørgelse, støtteforanstaltninger, netværk m.m) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Psykiske problemer**  (Eventuel diagnose, symptomer eller andre forhold, der kan have indflydelse på tandbehandlingen, fx angst, klaustrofobi, overgrebsproblematik, udad reagerende adfærd?) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fysiske problemer af mulig betydning for behandlingen**  (smerter, epilepsi, diabetes, forhøjet blodtryk, hjerteproblemer, smitsomme sygdomme m.m.) |  |
| **Overfølsomhed?** |  |
| **Medicinoversigt** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Skema udfyldt af / dato** |  |
| **Borgers samtykke til videregivelse af oplysninger til visitationen og Hjemme-tandplejen**  **OG**  **Samtykke til, at Hjemme-tandplejen må gå på borgers Fælles Medicin Kort.** | Dato og underskrift: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Første tid til behandling:** | **Hvornår:**  **Hvor:**  **Er borger informeret?**  **Er støtteperson informeret?** |