|  |  |
| --- | --- |
| **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?** |