



## Henvisning til Specialtandplejen i Gentofte Kommune

---

**Navn:**

**Cpr.nr.:**

**Adresse:**

**Tlf. nr.:**

**E-mail adresse:**

**Kontaktperson/værges navn:**

**Nuværende tandlæge:**

**Egen læge:**

**Begrundelse for henvisningen  
(Vedlagt journal og røntgen)**

**Oplysning om medicin og evt. allergi.**

---

**Patientens funktionsnedsættelse skyldes:**

- Sindslidelse
- Psykisk udviklingshæmning
- Psykisk udviklingsforstyrret
- Fysisk handicap
- Andet: \_\_\_\_\_

**Evt. diagnoser:**

---

**Beskrivelse af særlige behov eller problemer**

---

**Henvist af:**

---

**Dato**

**Underskrift, stilling og tlf.  
Stempel**

---

**Til Specialtandplejen hører sindslidende, psykisk udviklingshæmmede og fysisk handicappede uden egenomsorg, og som ikke kan benytte anden tandpleje.**