

Visitationsskema

**Skal udfyldes*

| | |
|---|--|
| *Navn: | |
| *CPR-nummer: | |
| Boligsituation: | |
| *Adresse: | |
| Telefonnummer: | |
| Læge/telefonnummer: | |
| Evt. betalingskommune: | |
| *Årsag til henvendelse: | |
| Evt. tidligere tandlægehistorie: | |
| Aktiv eller tidligere misbrug, Hvilket?: | |
| *Sæt kryds §110 tilbud <input type="checkbox"/> §104 tilbud <input type="checkbox"/> Rusmiddelcenter <input type="checkbox"/> <i>Hvilket?</i> | *Sæt kryds Andre tilbud <input type="checkbox"/> <i>Angiv hvilke:</i> |
| *Kontaktpersons navn: | |
| *Kontaktpersons mail: | |
| *Kontaktpersons telefonnummer: | |

Underskrift og fuldmagt til Socialtandplejen:

Socialtandplejen må indhente relevant information vedrørende borgerens sociale og sundhedsmæssige forhold.

* _____

Borgers underskrift og dato

* _____

Kontaktpersons underskrift og dato

Send det udfyldte skema til tandplejen@furesoe.dk eller aflever det på tandklinikken.

Socialtandplejen er en del af den kommunale tandpleje i Furesø Kommune.

Læs mere på <https://tandplejen.furesoe.dk/borger/>