



Ansøgning om omsorgstandpleje.

Undertegnede ønsker at blive tilmeldt den kommunale tandplejes tilbud om omsorgstandpleje. Der er i 2024 en egenbetaling på 590 kr. årligt.

* Skal udfyldes

*Personnummer (CPR):	
*Navn:	
*Adresse:	
*Postnr./By:	
*Telefon:	
*Kontaktperson: (på plejecenter etc.)	
*Telefonnummer og mail til den kontaktperson, som HjemmeTandlægen skal kontakte for besøg	
Cpr.nr./CVR nr. på væрге:	
Navn på væрге:	
Adresse på væрге:	
Postnr./By på væрге:	

Oplysninger vedr. tandforhold:

Naturlige tænder:

Delprotese:

Helprotese:

Eventuelle tandproblemer: _____

Andre relevante problemer: _____

Jeg giver endvidere tilladelse til videresendelse af sundhedsoplysninger mellem Hjemmetandlægen I/S og praktiserende tandlæge.

Dato: _____
(Underskrift, ansøger)

Dato: _____
(Underskrift, væрге)

Sendes til: Odsherred Kommune
Voksentandplejen
Nyvej 22
4573 Højby
Tlf. 59 66 66 66
kommune@odsherred.dk

Visitor _____

Godkendt pr. _____

Eventuelt videre visiteres til specialtandplejen: Ja

Hvorfor: _____