

## Specialtandplejen

Henviſning til Den kommunale Tandplejes tilbud om **specialtandpleje**.

Der er en egenbetaling i 2025 på maksimum 2.280,00 kr.  rligt for at deltage.

<b>Personnummer (CPR):</b>	
<b>Navn:</b>	
<b>Adresse, postnr. og by</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Seneste tandlægebesøg – dato:</b>	
<b>Tandlægens navn og adresse:</b>	
<b>Diagnoser:</b> Psykisk udviklingshæmmet: Sindslidende: Andet:	

<b>Tilknytning til kommunale/regionale tilbud (boformer, institutioner, undervisningstilbud):</b>	
<b>Institution:</b>	
<b>Kontaktperson:</b>	
<b>Tlf.nr.:</b>	
<b>E-Mail:</b>	
<b>Navn på værge:</b>	
<b>Adresse på værge:</b>	
<b>Postnr./By på værge:</b>	

Der er hermed givet tilladelse til, at Specialtandplejen må rekvirere supplerende oplysninger fra læge, sygehus, institution eller tandlæge.

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift (værge): \_\_\_\_\_

Sendes til: Odsherred Kommune, Voksentandplejen, Nyvej 22, 4573 Højby., 59 66 66 66,  
[kommune@odsherred.dk](mailto:kommune@odsherred.dk)

Henviſning godkendt af tandplejen:

Dato: \_\_\_\_\_ Navn: \_\_\_\_\_