

TILMELDING TIL OMSORGSTANDPLEJE

CENTER FOR TANDPLEJE I ODENSE KOMMUNE

VEDRØRENDE

| | | |
|---|----|------------------------------|
| Navn | | CPR |
| Adresse | | |
| Postnummer | By | Telefon privat |
| Pårørende navn | | Pårørende telefonnummer |
| Plejehjem/-center | | Afdeling og lejlighedsnummer |
| Dato for tilmelding til Omsorgstandplejen | | |

HELBREDSOPLYSNINGER

| | | | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------------------|--------------|--------------------------|
| Borgerens tandstatus (sæt x) | | | | | |
| Kun egne tænder | <input type="checkbox"/> | Egne tænder og protese(r) | <input type="checkbox"/> | Kun proteser | <input type="checkbox"/> |
| Borgeren er varigt inhabil (sæt x) | | | | | |
| Ja | <input type="checkbox"/> | Nej | <input type="checkbox"/> | | |
| Øvrige oplysninger | | | | | |
| Angiv gerne her, hvis borger er kørestolsbruger | | | Egen læge | | |
| | | | Evt. tidligere tandlæge/tandtekniker | | |

DATO OG UNDERSKRIFT

| | |
|------|-------------|
| Dato | Underskrift |
|------|-------------|

Vær opmærksom på, at der kan gå ca. 1 måned, før tilmeldingen er trådt i kraft

Udfyldt tilmelding sendes pr e-mail til: omsorgstandplejen@odense.dk

Kopi sendes til: Kontaktperson i "Økonomi og effekt" sammen med en underskrevet fuldmagt