

Navn:

CPR-nr.:

Vej:

Postnummer og by:

Telefonnummer:

Læge:

Lægens tlf.:

Har folkeregisteradresse i kommune:

Årsag til henvendelsen:

Tidligere tandlægehistorie:

SOCIALE KRITERIER

Misbrug:

Stof: [Redacted]

Alkohol: [Redacted]

Kontaktperson:

Navn: [Redacted]

Tlf. nr. og e-mail: [Redacted]

CAVE:

Hepatitis: Ja Nej Type: [Redacted]

HIV: [Redacted]

Tuberkulose: [Redacted]

Udadreagerende: [Redacted]

Andet: [Redacted]

Uvist: [Redacted]

Den socialfaglige visitation er godkendt af (navn/afdeling): [Redacted]

[Redacted]

Borger giver hermed tilladelse til, at Socialtandplejen må indhente relevant information vedrørende sociale og sundhedsmæssige forhold. Borger er desuden blevet informeret om oplysningspligten.

Borger underskrift og dato:
[Redacted]

Kontaktperson underskrift og dato:
[Redacted]