|  |
| --- |
| **Henvisning til specialtandpleje i Frederikshavn Kommune**  Tandlæger, læger, sygepleje eller pædagogisk personale kan henvise patienter til visitation til specialtandpleje. Henvisningen skal udfyldes og mailes til Den Kommunale Tandpleje i patienten bopælskommune. |

|  |  |
| --- | --- |
| Patientens navn: | Cpr.nr.: |
| Folkeregister adresse: | Tlf.: |
| Bopælskommune: |  |
| Nærmeste pårørende/kontaktperson (relation, navn, tlf.nr.): |  |

|  |
| --- |
| Børn og unge under 15 år: |
| Forældre (navn, cpr. nr.:) |
| Andre oplysninger: |
| Tidl. Tandlæge (navn, adresse og tlf.nr.): |
| Egen læge (navn, adresse og tlf.nr.): |

|  |
| --- |
| Udfyldes af henviser: |

|  |  |
| --- | --- |
| Dato: | Henvist af (oplyst navn, titel og kontaktoplysninger): |

|  |
| --- |
| Henvisningsårsag: |

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: | Cpr.nr. |

|  |
| --- |
| **Helbred** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Afkryds** | **NEJ** | **JA** |
| Problemer med hjertet? |  | Hvilke? |
| Tidligere haft blodprop? |  | Hvor? |
| Forhøjet blodtryk? |  |  |
| Luftvejslidelser (KOL, astma, bronkitis eller andet)? |  | Hvilke? |
| Sukkersyge? |  | Type? |
| Penicillinallergi el. anden allergi/intolerance? |  | For hvad? |
| Epilepsi? |  | Andet relevant: |
| Halsbrand og/ eller sure opstød?  Har/ har haft infektionssygdomme (ex. HIV, AIDS, Leverbetændelse, MSA eller andre)? |  |  |
| (Neuro) psykiske diagnoser, syndromer o.a. |  | Hvilke? |
| Andre relevante (somatiske eller psykiske lidelser, der ikke er nævnt)? |  | Hvilke? |
| **Øvrige oplysninger:** |  |  |
| **Afkryds** | **NEJ** | **JA** |
| Har du/får du strålebehandling på hoved- og/eller halsregion? |  |  |
| Har du/får du kemobehandling? |  |  |
| Har du/får du behandling for knogleskørhed? |  |  |
| Har du fået/får du blodfortyndende medicin? |  |  |
| Har der tidligere været langvarig blødning eller problemer med heling efter tandudtrækning? |  |  |
| Har du tidligere været i narkose? |  |  |
| Har du oplevet problemer i forbindelse med narkose? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Afkryds** | **NEJ** | **JA** |
| Tager du fast medicin? |  | Tjekkes via FMK |
| Er du bruger af hash, heroin, amfetamin, ecstasy eller andre euforiserende stoffer? |  |  |
| Drikker du? |  | Antal genstande om ugen: |
| Ryger du? |  | Hvor meget: |
| **Funktionsniveau** |  |  |
| **Afkryds** | **NEJ** | **JA** |
| Kørestolsbruger |  |  |
| Behov for liftning over i tandlægestol |  |  |
| Nedsat syn |  |  |
| Nedsat hørelse |  |  |
| Talebesvær |  |  |
| Kan modtage og forstå informationer |  |  |

|  |
| --- |
| **Andet relevant:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Navn | Cpr.nr |

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: | Cpr.nr. |

|  |
| --- |
| **Samtykkeerklæring** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Afkryds** | Pt. har givet samtykke til, at Den Kommunale Tandpleje må: |
|  | Indhente supplerende tandfaglige informationer, herunder røntgenbilleder |

|  |
| --- |
| **Samtykke kan gives af patienten, nærmeste pårørende, kontaktperson eller værge- samtykke givet af:** |

|  |
| --- |
| Navn: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Afkryds** | Relation til patienten |
|  | Patient |
|  | Nærmeste pårørende |
|  | Kontaktperson |
|  | Værge |

|  |
| --- |
| **Tilbagetrækning af samtykke- denne oplysning er Den Kommunale Tandpleje forpligtet til, at informere patienten om** |
| Det materiale/de oplysninger vi indhenter, er nødvendige for at kunne give bedst mulig behandling.  **Dit samtykke kan til enhver tid trækkes tilbage**  Dette kan du gøre ved at ringe eller maile til Specialtandplejen, hvor du modtager/skal modtage din behandling. |

## Kommunens registrering og videregivelse af oplysninger

Kommunen registrerer de modtagne oplysninger og videregiver oplysningerne til andre offentlige myndigheder, private virksomheder m.fl., der har lovmæssigt krav på oplysningerne eller samarbejder med kommunen.

Kommunen sletter oplysningerne, når opbevaringspligten udløber og et eventuelt arkiveringskrav er opfyldt. Når oplysningerne er arkiveret eller slettet, har kommunen ikke længere adgang til dem.

Du har ret til at vide, hvilke oplysninger kommunen har om dig, og du kan kræve forkerte oplysninger rettet eller

slettet.

## Kommunens databeskyttelsesrådgiver

Du kan kontakte databeskyttelsesrådgiveren om dine rettigheder i henhold til databeskyttelseslovgivningen.

Du har ret til at klage til Datatilsynet over kommunens behandling af dine personlige oplysninger.

På <https://frederikshavn.dk/politik/hoeringer-og-afgoerelser/databeskyttelse/> kan du læse mere om databeskyttelsesrådgiverens rolle.