

Henvisning til Enkelt-GA

Sammen med nedenstående skema skal du på hjemmesiden hente, printe og udfylde Fuldmagt og Patientspørgeskema. Du skal desuden vedlægge erklæring fra anæstesiolog med bekræftelse på, at behandlingen grundet borgerens komplekse medicinske status skal ske i hospitalsregi.

Navn:	Cpr. nr.:
Adresse:	By og postnummer:
Telefon:	Kommune:
Evt. værge/pårørende/kontaktperson	Telefon:
Årsag til henvisning til behandling i fuld narkose i hospitalsregi:	
Tandfaglige diagnoser og evt. ønsker til behandling, bortset fra det i fuldmagten oplyste:	
<input type="checkbox"/> Erklæring fra anæstesiolog vedlagt <input type="checkbox"/> Fuldmagt vedlagt <input type="checkbox"/> Patientspørgeskema udfyldt <input type="checkbox"/> Akutte smerter <input type="checkbox"/> Røntgenbilleder vedlagt	

Region Sjællands Tandpleje Specialtandplejen Æblehaven 2 4200 Slagelse Telefon: 58 52 49 88 tast 1 Mail: rstand@regionsjaelland.dk
--

Dato og underskrift (visitor)

Kommunens stempel