



Ansøgning om omsorgstandpleje.

Undertegnede ønsker at blive tilmeldt den kommunale tandplejes tilbud om omsorgstandpleje. Der er i 2026 en egenbetaling på 635 kr. årligt.

* **Skal udfyldes**

* Personnummer (CPR):	
* Navn:	
* Adresse:	
* Postnr./By:	
* Telefon:	
* Kontaktperson: (på plejecenter etc.)	
* Telefonnummer og mail til den kontaktperson, som Hjemme Tandlægen skal kontakte for besøg	
Cpr.nr./CVR nr. på værge:	
Navn på værge:	
Adresse på værge:	
Postnr./By på værge:	

Oplysninger vedr. tandforhold:

Naturlige tænder:

Delprotese:

Helprotese:

Eventuelle tandproblemer: _____

Andre relevante problemer: _____

Jeg giver desuden tilladelse til videresendelse af sundhedsoplysninger mellem Hjemmetandlægen I/S og praktiserende tandlæge.

Dato: _____
(Underskrift, ansøger)

Dato: _____
(Underskrift, værge)

Sendes til: Odsherred Kommune
Voksentandplejen
Nyvej 22
4573 Højby
Tlf. 59 66 66 66
kommune@odsherred.dk

Visitorator _____

Godkendt pr. _____

Eventuelt videre visiteres til specialtandplejen: Ja

Hvorfor: _____