|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Navn |  | Plejehjem, afdeling og stue nr. |  |
| CPR. NR |  | Plejehjems  telefonnr. |  |
| Adresse |  | Kontaktperson og telefonnr. |  |
| Postnummer og by |  | Tidligere tandlæge |  |
| Eget telefonnr. |  | Tidligere tandlæges adresse |  |

|  |
| --- |
| Udfyld gerne skemaet med BLOKBOGSTAVER  Medarbejdere i MSO sender via Cura  Øvrige sender på sikker mail, se kontaktoplysninger på [www.aarhus.dk/SOL](http://www.aarhus.dk/SOL)  Eller med brev til Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorgslinjen, Grøndalsvej 1D, 8260 Viby J |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nej |  |  |  |
| Er der tale om **akut** behov for  tandbehandling? |  |  | Ved **akut** behov – beskriv hvorfor | | |
| Er du kørestolsbruger? |  |  |
| Kan du selv flytte dig over i  tandlægestolen? |  |  | Hjertesygdom - hvis ja, hvilken? | | |
| Har du svært ved at kommunikere? |  |  |
| Tidligere strålebehandling af hals og hoved? |  |  | Blodfortyndende medicin - hvis ja, hvilken? | | |
| Penicillin allergi? |  |  |
| Sukkersyge? |  |  | Psykisk lidelse - hvis ja, hvilken? | | |
| Leverbetændelse? |  |  |
| HIV/AIDS? |  |  | Andre relevante oplysninger – beskriv her | | |
| Knogleskørhed? |  |  |
| Intravenøse injektioner ifm.  osteoporose? |  |  |  | | |

|  |
| --- |
| **Samtykke – sæt kryds** |
| □**Samtykke til betaling**  Jeg giver samtykke til, at betaling for omsorgstandpleje på 590 kr. i 2024 sker ved træk via min pension. Hvis jeg ikke sætter kryds her, får jeg i stedet tilsendt girokort til betaling. Egenbetalingen prisreguleres én gang årligt.  Vær opmærksom på mulige tilskud fra Pensionskontoret, se [www.borger.dk](https://www.borger.dk/pension-og-efterloen/Tillaeg-til-folke--og-foertidspension/Helbredstillaeg) og fra Sygeforsikringen ’danmark’.  □**Samtykke til indhentelse og anvendelse af lægeoplysninger**  Jeg giver samtykke til, at Aarhus Kommune indhenter og anvender foreliggende helbredsmæssige oplysninger, der er nødvendige for behandling af min ansøgning om omsorgstandpleje. Fx fra egen læge, hospitalsafdeling eller tidligere tandlæger.  □**Samtykke til registrering og anvendelse af informationer**  Jeg giver samtykke til, at Aarhus Kommune må registrere og anvende de indtastede informationer i nødvendigt omfang.  Du kan læse mere om Aarhus Kommunes behandling af dine personoplysninger [her på vores hjemmeside](https://www.aarhus.dk/om-kommunen/databeskyttelse/naar-du-skriver-til-os/) eller ved at fremsøge denne side: [www.aarhus.dk/om-kommunen/databeskyttelse/naar-du-skriver-til-os/](https://www.aarhus.dk/om-kommunen/databeskyttelse/naar-du-skriver-til-os/).  **Jeg er indforstået med min ret til at tilbagekalde ovenstående samtykker.** |
| Jeg giver samtykke jf. afkrydsning og erklærer på tro og love, at oplysningerne ovenfor er sande (borger/værge).  **Dato og underskrift:** |