



Henvisning frå helsestasjon/skolehelsetenesta til tannhelsetenesta

Til distriktstannklinikken i:

For- og etternamn til barnet/ungdomen:

Fødselsnummer (11 siffer)

Foreldre/føresette:

Veg/gateadresse:

Postnummer:.....Poststad:.....

Telefon arbeid/privat:

Årsak til henvisning til barn og ungdom:

kryss her:

Smerter i tenner eller tannkjøtt	
Mistanke om karies (synleg belegg, misfargingar eller karies)	
Hypig sukkerhaldig drikke om natta eller mellom måltid	
Kronisk sjukdom og /eller brukar mykje medisin	
Aktuelle funksjonshemmingar	
Syndrom (symptomkompleks knytt til bestemt sjukdom)	
Andre årsaker med auka risiko for karies	
Barn til familiar med innvandrarakgrunn (familiegjenforeinte, asylsøkarar, flyktingar og andre med innvandrarakgrunn)	
Ankomstdato for asylsøkarar:	
Dersom behov for tolketeneste, kva språk:	
Samtykke frå føresette/ungdom om henvisning er gitt:	
Sign. føresett/ungdom:.....dato:.....	

Utfyllande kommentar:

.....
.....
.....
.....

Dato: Helsejukepleiar/lege:

Namn på helsestasjon: i kommune

Tilbakemelding/melding til helsestasjon og skulehelsetenesta frå tannhelsetenesta:

.....
.....
.....

Dato: Tannpleiar/tannlege: