



## HENVISNING TIL TANNHELSETJENESTEN

Pasientens navn : .....

Fødselsnummer: .....

Adresse: .....

Foresattes navn: .....Tlf.....

**Kryss her**

Mistanke om karies (synlig belegg, misfarginger eller karies)	
Smerter i tenner eller tannkjøtt	
Hyppig sukkerholdig drikke om natt eller mellom måltider	
Saft/melk på flaske v/2 års kontroll	
Kronisk sykdom av betydning for tennene	
Aktuelle funksjonshemminger / syndrom	
Andre årsaker med økt risiko for karies. (vanskelig med tannpuss, risikofamilie)	
Behov for tolk ? ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> dersom ja, hvilket språk? .....	

### Utfyllende kommentarer:

.....  
.....

Dato:.....Helsesykepleier / lege:.....

Helsestasjon:..... i .....kommune

### Tilbakemelding / melding til helsestasjonen fra tannhelsetjenesten:

.....  
.....

Dato:..... tannpleier/tannlege.....