



Dato:	
Pasientens navn:	
Personnummer:	
Adresse:	
Poststed:	
Tlf:	
Bostedskommune/bydel:	
Henvisende enhet:	
Evt. post ved sykehuset:	
Adresse til henviser:	
Poststed:	
Tlf:	
Pasientens kontaktperson:	

TAKO-senteret
Sykehustannklinikken
Lovisenberg Diakonale
Sykehus AS
Postboks 4970 Nydalen
0440 Oslo

Direkte tlf: 23 22 59 44
Sentralbord: 23 22 50 00
E-post: tako@tako.no
www.tako.no

Org. nr: No 965 985 166

Beskriv problemet pasienten har med sin orale helse og hvorfor personen trenger tilrettelagt tilbud i sykehus. <i>F. eks smerter, sår, betennelser, spiseproblemer, løs protese, hinder med å omgås andre med mer.</i>	
Har pasienten rett til gratis behandling i den offentlige tannhelsetjenesten (DOT)? Søk opp på helsenorge.no: <i>Hvem betaler tannlegeregningen?</i>	Ja Nei Vet ikke
Når og hvor var siste tannbehandling?	
Vegring for å gå til tannlege?	
Er det behov for tolk?	
Medisinbruk - Preparatnavn og dose:	
Somatisk sykdom (ICD10 kode):	
Psykisk diagnose (ICD10F kode):	
GAFF (funksjonsnivå uavhengig av diagnose):	
Hvilke rusmidler bruker/ har pasienten brukt (antall år)?	
Har pasienten kjent smitte? <i>F. eks. HIV-positiv, hepatitt B/C, MRSA, ESBL, VRE</i>	
Har pasienten fått helsehjelp i utlandet i løpet av de siste 12 månedene?	

Ikke send henvisningen per e-post