



Dato:	
Pasientens navn:	
Personnummer:	
Adresse:	
Poststed:	
Tlf:	
Bostedskommune/bydel:	

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

Henvissende enhet:	
Evt. post ved sykehuset:	
Adresse til henvisninger:	
Poststed:	
Tlf.	
Pasientens kontaktperson:	

ALLE FELT MÅ FYLLES UT

Beskriv problemet pasienten har med sin orale helse <i>F. eks smerter, sår, betennelser, spiseproblemer, løs protese, hinder med å omgås andre med mer-</i>	
Hvorfor trenger pasienten tilrettelagt tannbe- handling i sykehus?	
Når og hvor var siste tannbehandling?	
Vegring for å gå til tannlege?	JA NEI
Trenger pasienten følge fra henviser eller annet helsepersonell?	JA NEI
Er det behov for tolk? Hvis ja, hvilket språk:	JA NEI
Somatisk sykdom (ICD10-kode):	
Psykisk(e) diagnose(r) (ICD10-kode):	

Medisinbruk – preparat og dose		
Bruker pasienten rusmidler? Hvis ja, hvilke rusmidler bruker/har pasienten brukt (antall år)?		
Er pasienten i LAR?	JA	NEI
Er det forhøyet voldsrisiko?	JA	NEI
Mottar pasienten helsehjelp (somatisk eller psykisk) ukentlig eller oftere?	JA	NEI
Har pasienten hjemmesykepleie ukentlig eller oftere?	JA	NEI
Mottar pasienten personlig assistanse eller praktisk bistand utført av henviser eller annet helsepersonell ukentlig eller oftere?	JA	NEI
Bor pasienten på institusjon?	JA	NEI
Har dette hatt en varighet på mer enn tre måneder?	JA	NEI
Vurderer henvisende lege/psykolog at pasienten har varig nedsatt evne til egenomsorg?	JA	NEI
Kan dette dokumenteres av henviser ved behov?	JA	NEI
Har pasienten kjent smitte? F. eks. HIV-positiv, hepatitt B/C, MRSA, ESBL, VRE		
Har pasienten fått helsehjelp i utlandet i løpet av de siste 12 månedene? Hvis ja, hvor:	JA	NEI
Har pasienten et kjent tilbud om gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten?	JA	NEI VET IKKE