

Navn: _____

CPR: _____

Adresse: _____

Postnummer/ by: _____

Telefon hjemme: _____

Jeg ønsker at ansøge om Omsorgstandpleje

Ved bevilling ønsker jeg at modtage kommunens tilbud om omsorgstandpleje og er indforstået med, at betalingen deles i 2 rater om året og at der fremsendes en regning for de tilmeldte måneder. Priseniveauet bestemmes centralt og reguleres en gang årligt. For deltagelse i 2024 udgør egenbetalingen kr. 590,-. Der gives refusion gennem sygeforsikringen Danmark, hvis man er medlem.

Jeg bestiller og betaler selv for transport til tandklinikken, når undersøgelse eller behandling kræver klinikbesøg.

Jeg giver hermed min tilladelse til at Egedal Kommunes Tandpleje bliver gjort bekendt med de heldbredoplysninger, der forefindes i social- og sundhedscentret i Egedal kommune samt hos egen læge, og som er nødvendige for min deltagelse i omsorgstandplejen.

Jeg er medlem i Sygeforsikringen Danmark

Jeg ønsker ikke at modtage tilbuddet om omsorgstandpleje, men vil benytte privat praktiserende tandlæge eller kliniske tandtekniker med tilskud fra sygesikringen.

Dato: _____

Underskrift: _____