

Navn: _____

CPR: _____

Adresse: _____

Postnummer/ by: _____

Telefon hjemme: _____

☐

Jeg ønsker at ansøge om Omsorgstandpleje

☐

Ved bevilling accepterer jeg kommunens tilbud om omsorgstandpleje og er indforstået med, at egenbetalingen opkræves én gang årligt. Prisen fastsættes centralt og justeres én gang om året. For deltagelse i 2025 er egenbetalingen 610 kr.

Der opkræves kun betaling, hvis der ydes behandling, og beløbet overstiger aldrig 610 kr. årligt.

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 helbredsoplysninger, der forefindes i social- og sundhedscentret i Egedal kommune samt hos egen læge, og som er nødvendige for min deltagelse i omsorgstandplejen.

☐

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

Dato: _____ Underskrift: _____

Blanketten sendes til kommunens Visitation-Sundhed og omsorg

Mail: visitorator@egekom.dk