



TROMS fylkeskommune

ROMSSA fylkkasuohkan

HENVISNINGSSKJEMA TIL TANNKLINIKKEN

Navn på barn:

Person nummer :

Foreldre:

Adresse:

.....

Tlf foresatte:

Årsak til henvisning:

kryss her

Manglende eller dårlig tannpuss.	
Brune flekker/decalsinasjon/ Karies	
Annet	
Hyppig drikking av saft/melk og langvarig amming om natten.	
Kronisk sykdom.	
Aktuelle funksjonshemminger.	
Syndrom (symptomkompleks knyttet til bestemt sykdom)	
Barn til asylsøkere/flyktninger, familiegjenforente og andre med innvandrarakgrunn. Ankomst dato for asylsøkere:.....	
Behov for tolketjeneste? ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> Dersom ja, språk:.....	
Samtykke fra foreldre er gitt	

Utfyllende kommentarer:

.....
.....
.....

Dato:Helsesøster/lege:

Navn på helsestasjon: