

INDSTILLING TIL OMSORGSTANDPLEJE FOR BORGERE
I EGET HJEM OG PLEJEBOLIGER

Navn: _____ Cpr. Nr. _____

Adresse: _____

Postnr. _____ By: _____

 Egen bolig Plejecentrets navn: _____

Årsag til indstilling til omsorgstandpleje: _____

Den psykiske tilstand er sådan, at borgeren:		Borgeren har:	
<input type="checkbox"/> Kan tage vare på sig selv		<input type="checkbox"/> Protese	
<input type="checkbox"/> I begrænset omfang kan tage vare på sig selv		<input type="checkbox"/> Delprotese	
<input type="checkbox"/> Ikke kan tage vare på sig selv		<input type="checkbox"/> Egne tænder	
Den fysiske tilstand er sådan, at borgeren:			
<input type="checkbox"/> Er fuldt mobil med hjælpemidler	<input type="checkbox"/> Slet ikke er mobil	<input type="checkbox"/> Hørelsen er god	
<input type="checkbox"/> Er mobil i begrænset omfang	<input type="checkbox"/> Synet er godt	<input type="checkbox"/> Hørelsen er nedsat	
	<input type="checkbox"/> Synet er nedsat	<input type="checkbox"/> Kan ikke høre	
	<input type="checkbox"/> Kan ikke se		
Den fysiske eller psykiske tilstand er således, at borgeren:			
<input type="checkbox"/> Ikke behøver hjælp til personlig pleje	<input type="checkbox"/> Kan komme til tandlæge ved egen hjælp, hvis pårørende henter og bringer		
<input type="checkbox"/> Behøver nogen hjælp til personlig pleje	<input type="checkbox"/> Kun kan komme til tandlæge ved transport med Falck		
<input type="checkbox"/> Behøver hjælp til personlig pleje	<input type="checkbox"/> Ikke kan komme til tandlæge		
<input type="checkbox"/> Selv kan bestille tid til tandlæge/læge			
<input type="checkbox"/> Ikke selv kan bestille tid hos tandlæge/læge			
Borgers tilstand til samtykke			
Kan borgeren give informeret samtykke? (<i>forstår ansøgningen Omsorgstandpleje</i>) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Hvis nej: Værge el. fremtidsfuldmægtigt navn.: _____			
Værge el. fremtidsfuldmægtigt tlf. nr.: _____			

Da første besøg altid kræver, at der er en kontaktperson til stede, er det vigtigt, at der påføres navn og tlf. nr., så Tandplejen kan kontakte denne person angående tidsaftale. (*udfyldes tydeligt*)

Kontaktperson:

Evt. Afdeling: _____ Tlf. nr. til afdelingen: _____

Skema udfyldt af: _____ Dato: _____

Egenbetaling – Betingelser

Egenbetaling af omsorgstandpleje er 50,83 kr. pr. måned (2025 takst) og vil blive opkrævet månedligt.

Du vil som udgangspunkt modtage et girokort fra Herning Kommune, som efterfølgende kan tilmeldes til Betalingsservice (PBS).

Er du tilmeldt PBS eller bliver trukket i pension for kommunalt visiteret serviceydelser (madservice, tøjvask m.m.), vil betaling for omsorgstandpleje tilmeldes den eksisterende betalingsform.

Med nedenstående underskrift accepterer jeg betingelserne for egenbetaling:

Dato: _____ Underskrift: _____

Underskrevet af: Borger værge/fremtidsfuldmægtig

Sendes udfyldt til:

Herning Kommune, Visitationsenheden, Torvet 5, 7400 Herning eller mail: slusen@herning.dk