

HENVISNINGSSKEMA TIL TANDBEHANDLING I GENEREL ANÆSTESI (GA)

Målgruppe: Kommunale tandplejeordninger, som ønsker at henvise patienter (BUT, OTP og STP) til tandbehandling i generel anæstesi igennem Voksentandplejen i Københavns Kommune på **Rigshospitalet Glostrup, Valdemar Hansens Vej 2600 Glostrup**.

Patientens navn:	
Patientens CPR-nummer:	
Patientens adresse:	
Patientens mobilnummer:	
Pårørende/kontaktperson navn:	
Pårørende/kontaktperson titel/relation:	
Pårørende/kontaktperson mobilnummer:	

Behandlers navn:	
Behandlers titel og kommunenavn:	
Behandlers mail og telefonnr.:	

Indikation for henvisning til tandbehandling i GA:	Akut: (sæt kryds)	
Tidligere erfaring med GA:	NEJ: JA, hvornår sidst:	
Diagnoser og ønsket udført behandling i GA:		
Begrundet forventet behandlingstid i minutter:		
Er der indhentet samtykke fra pt. til behandling i GA:	JA (vedhæftes mailen):	
Samtykke til tvang:	JA (vedhæftes mailen):	NEJ:
Røntgenbilleder:	JA (vedhæftes mailen):	NEJ:
Medicin:	JA (medicinliste vedhæftes mailen):	NEJ:
Sygdomme/syndrom:		
Kopi af journal vedlagt	JA (vedhæftes mailen):	

Navn, stempel og **underskrift overtandlæge**:

Dato:

Sendes i udfyldt stand med sikker post til glostrup@kk.dk

version 24.1.2020



Henvisningskommune: _____

Samtykke til tandbehandling i fuld narkose.

Patientens navn: _____

Patientens cpr: _____

Da det ikke har været muligt at gennemføre en tandlægefaglig forsvarlig undersøgelse og/eller behandling af dig ved ambulant besøg, foreslås det at undersøgelse og/eller behandling foretages under fuld narkose. Først når tænder og mund er tilstrækkelig undersøgt kan det endelige behov for behandling, inklusiv eventuelle tandudtrækninger, fastlægges.

Før en sådan behandling gennemføres, skal der gives informeret samtykke. Vi skal derfor bede om, at Du/De samtykker til følgende:

- At Du på forhånd giver samtykke til at du under fuld bedøvelse får gennemført den behandling, som den behandlende tandlæge finder tandlægefagligt nødvendig og forsvarlig, og at behandlingen kan afvige fra det tidligere aftalte, såfremt der under fuld narkose findes tilstande som ændrer mulighederne for behandling, herunder muligheden for at bevare tænder
- At alle fremmedlegemer i munden fjernes inden behandling i fuld narkose. Det vil sige at f.eks. alle piercinger i læbe og tunge skal være fjernet inden fremmøde til behandling
- At Du er ledsaget til behandling i fuld narkose, og at Du har mulighed for at være under observation af en anden person i det første døgn efter behandling i fuld narkose.

Hvis en værge underskriver, skal vedkommende kunne kontaktes på behandlingsdagen.

Jeg giver samtykke til ovenstående

Dato

Underskrift

Dato

Underskrift

(Stedfortrædende samtykke fra, værge, pårørende, resursepersone)

Sendes i udfyldt stand med sikker post til glostrup@kk.dk

version 24.1.2020



Henvisningskommune: _____

Samtykke til anvendelse af tvang i forbindelse med tandbehandling i fuld narkose

Patientens navn: _____

Patientens cpr: _____

Da det kan være nødvendigt at anvende fastholdelse og/eller indgive beroligende medicin i forbindelse med tandbehandling af ovenstående patient i fuld bedøvelse, bedes der gives samtykke til, at der kan anvendes tvang i forbindelse med behandlingen.

Den eventuelle fysiske fastholdelse vil ske efter mindste middels princip og vil kun være så kortvarig som overhovedet muligt. Der vil ikke ske behandling under fastholdelsen, som udelukkende har til hensigt at bedøvelse kan ske under sikre forhold.

Behandlingen foretages, fordi det ud fra et tandlægefagligt skøn vil være skadeligt for patientens helbred, hvis behandlingen undlades og da det ud fra et samlet perspektiv er den bedste løsning

Ud over det samtykke som er givet til behandling bedes der derfor gives samtykke til:

- At den henviste patient om nødvendigt fastholdes, så det bliver muligt at anlægge fuld bedøvelse
- At der indgives beroligende medicin uden samtykke

Jeg giver samtykke til ovenstående

Nærmeste pårørende	Værge	Fremtidsfuldmægtig	Relation til patient
Navn:			
Kontaktoplysninger (ex. kontaktadresse, telefon, mail):			

_____ **Dato**

_____ **Underskrift**

Sendes i udfyldt stand med sikker post til glostrup@kk.dk

version 24.1.2020

