

SKRIV MED BLOKBOGSTAVER

Omsorgstandplejen
Nørregade 8
8783 Hornsyld
T: 79 74 11 00

Dato:

AFMELDING FRA OMSORGSTANDPLEJEN

Navn:	Cpr.nr.:
Adresse (Gade, Nr., Stue):	Postnr.:
Kontaktperson /nærmeste pårørende:	Telefon:

Jeg ønsker ikke længere at være tilknyttet omsorgstandplejen og er indforstået med:

- At jeg ikke længere kan blive tilset af kommunens tandfaglige personale.
- At den tilknyttede tandtekniker heller ikke længere er tilknyttet automatisk.
- At fremtidige behov for tandpleje, også akutte tandudtrækninger, er for egen regning på en privatpraktiserende klinik eller hos Tandlægevagten.
- At du frameldes betalingsservice (hvis dette er oprettet)
- At der skal laves en ny visitation fra sundhedsfagligt personale, hvis du ønsker at blive tilmeldt igen på et senere tidspunkt.

Med min underskrift indikerer jeg at jeg er indforstået med og ønsker ovenstående:

Dato: _____ **Underskrift:** _____