

Cpr.

ønsker, at blive behandlet af nedenstående privatpraktiserende tandlæge eller Tandplejen i Egedal Kommune. Journaloplysninger overføres dertil.

Tandlægens/Klinikkens navn: _____

Tandlægens adresse: _____

Postnummer/By: _____

Egedal Kommunes Tandpleje
Tlf: 7259 7840

Administrationen
Præstegårdsvej 30
3660 Stenløse

Mail:
Tandadm@egekom.dk

www.tandplejen-egedal.dk

Åbningstider
Mandag-fredag: 8-15

Valg af anden tandlæge gælder for det samlede tandplejetilbud, dvs. almindelig tandpleje og tandregulering. Påbegyndte behandlinger skal færdiggøres inden tandlægeskift og kan højst ske 1 gang årligt.

Ydelser hos en private tandlæge dækkes i det omfang de falder ind under den Kommunale tandplejes serviceniveau. Andet vil være for fuld egenbetaling.

Hvis der ønskes en dyrere behandling hos en privatpraktiserende tandlæge, end den kommunen kan godkende, er der 100 % egenbetaling for merudgiften.

Egedal den / -201

Forældre/værges underskrift. _____.

Denne blanket returneres til tandplejens administration.
Præstegårdsvej 30, 3660 Stenløse.

Med venlig hilsen

Egedal Kommunes Tandpleje