|  |
| --- |
| Den offentlige tannhelsetjenesten |
| *Navn klinikk*  |

**HENVISNINGSSKJEMA FRA HELSESTASJON TIL TANNKLINIKK**

|  |
| --- |
| Helsestasjon: |
| Helsesøster/lege: |
| Barnets navn:  |
| Fødselsnummer: |
| Adresse: |
| Telefon: |
| Behov for tolk? Språk?: |

**Årsak til henvisning:**

Dato: Helsesøster/lege:

**Tilbakemelding fra tannklinikk til helsestasjon:**

Dato: Tannlege/tannpleier: