



# Tilbud om omsorgstandpleje i Albertslund Kommune

Navn: \_\_\_\_\_

Cpr: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Jeg ønsker at modtage Albertslund Kommunes tilbud om omsorgstandpleje.

Jeg er indforstået med, at der opkræves en egenbetaling for deltagelse i ordningen. Beløbet reguleres hvert år ved årsskiftet og udgør i 2024 Kr. 49,16 pr. måned.

Egenbetalingen dækker alle udgifter vedrørende den planlagte behandling.

Hvis borgeren skal liftes til tandlægestolen, skal der altid være ledsagelse af en person der kan lifte.

Denne blanket sendes i udfyldt stand til [tandplejen.administration@albertslund.dk](mailto:tandplejen.administration@albertslund.dk)

---

Dato

Underskrift



---

**Tandplejen**  
Sundhedshuset  
Stationsporten 4  
2620 Albertslund

[tandplejen@albertslund.dk](mailto:tandplejen@albertslund.dk)

**Albertslund Kommune**  
Børne- og Familieafdelingen