

Herlev Kommune
Tandplejen
Herlev Bygade 30, 2. sal
2730 Herlev

NØDPAPIR: Bedes udfyldt i forbindelse med regninger på nødbehandling af børn, hvor behandlingen er udført hos privatpraktiserende tandlæge **udenfor** børnetandklinikens åbningstid.

Barnets fulde navn: _____

Skole/børnehave: _____ Klasse: _____

Hjemadresse: _____ Tlf.: _____

Cpr.nr.: _____

Henvendelsesårsag: _____

Diagnose: _____

Behandling: _____

Honorar: _____ kr.

Dato.: _____ Kl.: _____

Attesteret af: _____
(forældre eller værge)

Tandlæge: _____