

Datum \_\_\_\_\_

**Till**  
**Region Örebro län**  
**Tandvårdsenheten**  
**Box 1613**  
**70116 Örebro**

**Nämndnamn**

Enhet \_\_\_\_\_

**Handläggare**

Namn \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefon Servicecenter \_\_\_\_\_

Besöksadress \_\_\_\_\_

Postadress \_\_\_\_\_

Telefontid \_\_\_\_\_

Fakturaadress \_\_\_\_\_

(inkl referenskod) \_\_\_\_\_

**Begäran om bedömning av kostnadsförslag gällande tandvårdsbehandling**

**Samtycke**

Personen som kostnadsförslaget avser har gett sitt samtycke till att dessa handlingar överlämnas till kommunens förtroendetandläkare. Vidare att denna i sin tur får inhämta nödvändiga uppgifter från behandlande tandvårdsmottagning/tandläkare för att kunna fullgöra sitt uppdrag.

**Ja**

**Nej**

**Följande handlingar har bifogats**

**Frågeställning utifrån bifogat kostnadsförslag**

Anses tandvården enligt kostnadsförslag vara nödvändig för att den enskilde ska uppnå en skälig levnadsnivå? Om inte, vilka delar anses inte nödvändiga?

Finns det andra mindre kostsamma behandlingsalternativ och i sådant fall hur god prognos har respektive behandling med utgångspunkt i medicinska aspekter, påverkas tuggförmågan, skälig levnadsnivå utifrån vad låginkomsttagare i allmänhet kan kosta på sig, tillfällig/långvarig lösning.

Förutom rent medicinska aspekter, bedöms det utifrån underlag finnas sociala konsekvenser som kan uppstå vid utebliven tandvård?

**Övriga upplysningar/frågeställningar**

I tjänsten,

Namn: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_