

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

Personnummer: _____

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: _____