

Vårdbegäran/förfrågan till Folktandvården från Barnhälsovården

Inremitterande

BVC:

Adress:

Tel:

Namn BHV-personal:

Datum:

Barnets uppgifter

Personnummer:

Namn:

Adress:

Vårdnadshavares namn:

Tel:

Behov av tolk: ☐ Ja ☐ Nej

Språk:

RISKFAKTORER SOM ORSAK TILL REMISS

- ☐ Misstänkt synlig kariessjukdom
- ☐ Tjockt plack på överkäksframtänderna (bakteriebeläggningar)
- ☐ Frekvent småätande
- ☐ Söta drycker eller annat i nappflaska
- ☐ Nattmål efter 1 års ålder (amning/ersättning/välling/mat)
- ☐ Uttalade sömnstörningar
- ☐ Allvarlig sjukdom/funktionsnedsättning
- ☐ Syskon med kariesproblem
- ☐ Uteblivit från hälsokontroller
- ☐ Sociala utmaningar
- ☐ Borstar inte tänderna 2 ggr/dag med fluorid tandkräm
- ☐ Annat/Övrig information:

För BVC: Skickas via internpost till Folktandvården. Dokumentera i Cosmic att remiss har skickats.

För FTV: Remissvar till BVC via internpost.