

## Övertagande av vårdansvar för barn och unga

### Patient

|              |         |           |
|--------------|---------|-----------|
| Personnummer | Förnamn | Efternamn |
|--------------|---------|-----------|

Jag önskar att undertecknad tandläkare övertar ansvar för ovan namngivna persons tandvård. Jag medger att uppgifter i journalhandlingar samt röntgenbilder och övrig dokumentation av värde för tandvårdsbehandling avseende ovan namngiven person, överlämnas till övertagande tandläkare.

|   |
|---|
| Namn-teckning vårdnadshavare/myndig patient |
| Namn-förtydligande                          |

Härmed övertas ansvaret för ovan angiven patients tandvård. Jag förbinder mig att följa de anvisningar och riktlinjer som gäller för fritt val av vårdgivare avseende tandvård för barn och unga i Region Örebro län.

### Vårdgivare/Ansvarig tandläkare

|                                   |        |
|-----------------------------------|--------|
| Vårdgivare(Tandvårdsföretag)      | Datum  |
| Klinik                            | Adress |
| Namn-teckning Ansvarig tandläkare |        |
| Namn-förtydligande                |        |

### Till tidigare vårdgivare

|            |        |
|------------|--------|
| Vårdgivare | Klinik |
| Adress     |        |

### Tacksam om följande handlingar rörande denna patient översändes

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopia av journalhandlingar | <input type="checkbox"/> Modeller |
| <input type="checkbox"/> Röntgen                    | <input type="checkbox"/> Foto     |
| Övrigt:   |                                   |

Insändes till Tandvårdsenheten  
Kopia kan sändas till tidigare vårdgivare  
för begäran av tidigare dokumentation

Tandvårdsenheten  
Region Örebro län  
Box 1613  
701 16 Örebro