

Bedömningen avser Nödvändig tandvård (N) <input type="checkbox"/> Tandvård som led i en sjukdomsbehandling (S), sätt kryss <input type="checkbox"/> Tandvård vid sjukdom och funktionsnedsättning (F)		Orsak till bedömning Protetik <input type="checkbox"/> Beh.kostnad >15 000 kr	
Bifogat material Röntgen <input type="checkbox"/> Journalkopia <input type="checkbox"/> Läkaremiss m.m. <input type="checkbox"/> Studiemodeller		Omprövning Ändring Komplettering	Tidigare bedömd (datum)

Vårdgivaruppgifter
Patientuppgifter

Namn:	Personnr:
Klinik:	Namn:
Adress:	Adress:

Tanduppgifter/status

Tand	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Föregående tandvård																																
Karies																																
Parodontal diagnos																																

Anamnes, sjukdomsbeskrivning, behandlingsplan, prognos och motivering till behandlingsförslaget (vid behov av ytterligare utrymme, bifoga bilaga)

Planerade åtgärder, ange åtgärdsnummer

ÖK	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
UK	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Undersökning:	Profylax/Sjukdomsbehandlande:				Övrigt:				Materialkostnad:				Totalkostnad			

Behandlarens underskrift

Datum	Namn/teckning/Namnförtydligande	Befattning/ev. specialistkompetens
-------	---------------------------------	------------------------------------

Bedömning

<input type="checkbox"/> Faktura avseende behandling och pris kommer att godkännas <input type="checkbox"/> Faktura avseende behandling och pris kommer att godkännas med ändring <input type="checkbox"/> Faktura avseende behandling och pris kommer ej att godkännas <input type="checkbox"/> Se bilaga	Ankomstdatum
Kommentar:	
Namn/teckning/Namnförtydligande	Datum