

Tandvårdsstöd för:

Personnummer	Namn
--------------	------

Tandvårdsstöd Nödvändig tandvård och munhälsobedömning

Denna blankett intygar att du bedömts ha rätt till tandvårdsstödet Nödvändig tandvård. Det innebär att du kan få viss tandvård till samma patientavgift som inom den öppna hälso- och sjukvården. Avgiften får räknas in i sjukvårdens högkostnadsskydd.

Du kommer att få ett tandvårdsintyg som ska visas upp vid tandvårdsbesök. Du väljer själv om du vill gå till Folktandvården eller privat vårdgivare.

Du erbjuds även en bedömning av din munhälsa. Munhälsobedömningen är avgiftsfri och innebär att tandvårdspersonal besöker dig och gör en förenklad undersökning av munnen. De bedömer behovet av egenvård samt visar och instruerar dig, och vid behov vårdpersonal, hur man på bästa sätt kan sköta din munvård. Du får också veta om du bör besöka tandläkare eller tandhygienist för att få tandvård. Munhälsobedömningen görs en gång per år.

Även om du avstår från munhälsobedömning har du rätt att få nödvändig tandvård utförd, med patientavgift som inom den öppna hälso- och sjukvården.

- ☐ JA, jag önskar få munhälsobedömning, och medger att uppgifter om mitt hälsotillstånd och min medicinering får lämnas till tandvårdspersonalen.
- ☐ NEJ, jag avstår från munhälsobedömning, men behåller rätten att få nödvändig tandvård.

Datum	Underskrift
-------	-------------

Fylls i av bedömare i kommunen

Önskar kopia på tandvårdintyg

Ansvarig Kommun/kommundel/motsvarande:	
Vårdboende/hemtjänstområde/motsvarande Avdelning: Korttidsplats	Hemadress (vid ordinärt boende):
Tandvårdsstöd tillstyrks av: (Namnförtydligande)	Befattning och tel.nr:

Blanketten ska skickas till: Region Örebro län
Tandvårdsenheten
Box 1613
701 16 Örebro