


Vårdgivare (Tandvårdsföretag, behandlande tandläkare, praktikadress, specialistkompetens)	Begäran - förhandsbedömning		 REGION BLEKINGE
	Behandlingsbedömning av nödvändig tandvård och tandvård som ett led i sjukdomsbehandling under begränsad tid.		
	sjukvårds- huvudman	Personnr (år, mån, dag, nr)	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Namn		
	Bosättningsadress		
Telefon	Postnr, ort		

Planerad behandling

Anamnes och sjukdomsbeskrivning, kompletterande upplysningar, motiveringar

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
Beräknad totalkostnad				Bastandvård				Protetik				Ädel- och gjutmetaller			
Bifogat material															
<input type="checkbox"/> Intyg om nödvändig tandvård				<input type="checkbox"/> Intyg om läkarvård				<input type="checkbox"/> Remiss				<input type="checkbox"/> Hälsodeklaration			
<input type="checkbox"/> Journalutdrag				<input type="checkbox"/> Röntgenbilder				<input type="checkbox"/> Studiemodeller				<input type="checkbox"/> Medicinlista			

Planerad behandling avser

<input type="checkbox"/> Nödvändig tandvård enl 8a § TvL	<input type="checkbox"/> Tandvård som ett led i sjukdomsbehandling under begränsad tid		
<input type="checkbox"/> Grupp 1 (kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar)	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> S5	<input type="checkbox"/> S10
<input type="checkbox"/> Grupp 2 (hemsjukvård)	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> S6	<input type="checkbox"/> S11
<input type="checkbox"/> Grupp 3 (LSS)	<input type="checkbox"/> S3	<input type="checkbox"/> S7	<input type="checkbox"/> S12
<input type="checkbox"/> Grupp 4 (Övriga bosatta i egen bostad)	<input type="checkbox"/> S4	<input type="checkbox"/> S8	<input type="checkbox"/> S13
		<input type="checkbox"/> S9	<input type="checkbox"/> S14

.....
Datum

.....
Vårdgivarens underskrift

Beslut

<input type="checkbox"/> Föreslagen behandling beviljas i sin helhet	<input type="checkbox"/> Patienten omfattas ej av bestämmelserna	
<input type="checkbox"/> Föreslagen behandling beviljas med begränsningar:	<input type="checkbox"/> Föreslagen behandling avslås	
Kompletterande upplysningar mm		
Datum	Namnteckning	Exp datum/sign