

Søknad om tannbehandling til brukere av pleie- og omsorgstjenesten

Personer som har vært bruker av pleie- og omsorgstjenesten i kommunen i minimum én gang pr. uke i tre måneder eller mer, har rett til gratis tannbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten. Tilbudet bortfaller hvis bruken av pleie- og omsorgstjenester opphører.

Jfr. [Tannhelsetjenesteloven § 1-3 c](#)),

[Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6, bokstav a og c](#). og

[Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten § 2](#).

Skjemaet fylles ut i samarbeid med ansatt i pleie- og omsorgstjenesten og sendes nærmeste offentlige tannklinikk. Kontaktinformasjon til tannklinikkene er tilgjengelig på

<http://www.akershus.no/tannhelse>.

NB! Det må foreligge en bekreftelse på at vedtak er fattet før et eventuelt tilbud om gratis tannbehandling kan gis.

Ved bruk av drosje er det egenandel.

Helseskjema fylles ut og vedlegges.

Jeg ønsker tannbehandling og samtykker i at tannhelsetjenesten får informasjon om min helsetilstand, eventuell medisinbruk og annet som har betydning for tannhelse og tannbehandling.

Navn			
Fødselsnummer			
Postadresse			
Postnummer		Poststed	
Telefon			

Dato		Underskrift	
------	--	-------------	--

Eventuelle utfyllende opplysninger

Undertegnede bekrefter at denne brukeren har vedtak om pleie- og omsorgstjenester og oppfyller kravene for å ha rett til gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten.

Vedtaksdato		Vedtak gyldig til og med dato	
Sted (kommune/etat) og dato		Underskrift saksbehandler	
Kontaktperson		Telefon	

Vedlegg: Helseskjema

Helseskjema

Det er nødvendig at behandlende tannhelsepersonell kjenner pasientens helseforhold før tannbehandlingen påbegynnes. Opplysningene behandles fortrolig.

Navn		
Fødselsnummer		
Adresse		
Tlf. arbeid	Tlf. mobil	Tlf. hjem
Epost		
Evt. foresatt/kontaktperson		

Generell informasjon <input type="checkbox"/> Hjerte/karsykdommer <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Immunitetssykdommer <input type="checkbox"/> Hepatitt <input type="checkbox"/> Giktfeber <input type="checkbox"/> Problemer med bihulene <input type="checkbox"/> Psykiske lidelser <input type="checkbox"/> Strålebehandling i hode/hals <input type="checkbox"/> Kosthold/diett <input type="checkbox"/> Komplikasjoner etter tannbehandling <input type="checkbox"/> Røyker <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Blødersykdom <input type="checkbox"/> Spiseforstyrrelser <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Lungesykdom <input type="checkbox"/> Hjerneslag <input type="checkbox"/> Parkinsons <input type="checkbox"/> Kreft <input type="checkbox"/> Reumatisk sykdom <input type="checkbox"/> Annet	Diverse <input type="checkbox"/> Nedsatt syn <input type="checkbox"/> Nedsatt hørsel <input type="checkbox"/> Nedsatt taleevne <input type="checkbox"/> Nedsatt førlighet Allergi/oversensibilitet <input type="checkbox"/> Penicillin <input type="checkbox"/> Lokalbedøvelse <input type="checkbox"/> Pollen <input type="checkbox"/> Matvarer <input type="checkbox"/> Nikkel <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Annet	Medikamentbruk Medisinsk behandling <input type="checkbox"/> Medisinsk behandling siste to år
	Munn/tenner <input type="checkbox"/> Blødning i tannkjøttet <input type="checkbox"/> Dårlig ånde <input type="checkbox"/> Ofte sår i munnen <input type="checkbox"/> Munntørret <input type="checkbox"/> Tanngnissing <input type="checkbox"/> Ømme tyggemusklér <input type="checkbox"/> Fingersuger <input type="checkbox"/> Munnpuster <input type="checkbox"/> Annet	Oppfatning av egen helse <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Dårlig Gravid - termin Siste tannbehandling
Har pasienten samtykkekompetanse Er det fattet tvangsvedtak etter lov om pasientrettigheter, kap.4A		Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

Diverse informasjon (ved behov, bruk baksiden)

Vær vennlig å ta kontakt med tannklinikken ved forandringer i helsetilstanden som kan ha betydning for tannbehandlingen.

Dato	Underskrift
-------------	--------------------