



Bekreftelse:

Rett til vederlagsfri tannbehandling innen den offentlige tannhelsetjenesten

Tilbudet gis til følgende grupper (sett kryss for gruppen du tilhører):

- ☐ Personer med psykisk utviklingshemming. Attest leveres til den offentlige tannhelsetjenesten. Se vedlegg.
- ☐ Personer som er inneliggende på institusjon i en sammenhengende periode på 3 måneder eller mer (også offentlig rusinstitusjon).
- ☐ Personer som mottar og har mottatt helsehjelp/ psykisk helsehjelp i hjemmet etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a, ukentlig i minst 3 måneder (før på vedtaksnummer under).
- ☐ Personer som på grunn av rusmiddelavhengighet mottar noen av følgende tjenester i minst 3 måneder eller mer:
- personlig assistanse i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 første ledd nr. 6 bokstav b
 - avlastningstiltak for pårørende i medhold av helse- og omsorgstjenestelovens §3-6 nr. 2
 - legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i medhold av spesialisthelsetjenesteloven §3-16

Du får:

- Dekket nødvendig tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten
- Reiseutgifter dekket etter fylkeskommunens bestemmelser

Jeg samtykker til at (sett kryss):

- ☐ Min tannklinikk får disse opplysningene om meg
- ☐ Min tannklinikk og kommunen utveksler helseopplysninger

Navn:	Personnr. (11 siffer):	
Adresse:		
Postnr:	Sted:	Tlf.:
Underskrift:		Dato:
Navn på pårørende/ verge:		Mobil:

Skjemaet må være fullstendig utfylt og leveres tannklinikken for at rettighetene skal gjelde. Ved fortsatt behov må det fornyes årlig. Timebestilling er pasientens ansvar.

Navn kontaktperson:	Tlf.:
Distrikt/område:	Vedtaksnr.:
Kontaktpersons underskrift:	Dato: