



## Tilbud om tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten

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

- Personer med psykisk utviklingshemming
- Pasienter som er og har vært i institusjon (også offentlig rusinstitusjon) i 3 måneder.
- Pasienter 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
- Personer som på grunn av et rusmiddelproblem mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b og § 3-6 punkt nr. 2
- Personer under LAR-behandling

### Du får:

- Gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten
- Reiseutgifter dekket etter fylkeskommunens bestemmelser

### Jeg samtykker til at (sett kryss):

- Den offentlige tannhelsetjenesten får disse opplysningene om meg
- Den offentlige tannhelsetjenesten og kommunen utveksler helseopplysninger
- Den offentlige tannhelsetjenesten kontakter meg og innkaller meg til undersøkelse

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

**Din kontaktperson i kommunen videresender ferdig utfylt skjema til tannhelsetjenesten.**

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

**Generell informasjon**

- Hjertekarsykdommer
- Høyt blodtrykk
- Diabetes
- Epilepsi
- Immunsviktsykdommer
- Hepatitt
- Giktteber
- Problemer med bithulene
- Psykiske lidelser
- Strålebeh. i hode/hals
- Kosthold/diætt
- Kompl. etter tannbehandling
- Røyker
- Astma
- Blødersykdom
- Spiseforstyrrelser
- HIV/AIDS
- Lungesykdom
- Hjerneslag
- Parkinsons
- Kreft
- Reumatisk sykdom
- Annet
- Saus
- Astmaforstyrrelse
- Tannbehandlingssøst
- Demens
- Tannlegeskrekk/Odonotobi

**Diverse**

- Nedsatt syn
- Nedsatt hørsel
- Nedsatt taleevne
- Nedsatt ferlighet

**Allergi/oversensibilitet**

- Penicillin
- Lokalanestese
- Pollen
- Matvarer
- Nikkell
- Latex
- Annet

**Pas. oppfatning av egen helse**

- God     Middels     Dårlig

**Gravid - termin**

**Siste tannbehandling**

**Registreringsdato**

**Spesielle merknader**

**Diverse informasjon**

**Medikamentbruk**

Navn	Merknad
<input type="text"/>	<input type="text"/>



Medikamentbruk - Fritekst

**Medisinsk behandling**

- Medisinsk behandling siste 10 år

**Fastlege**

Fastlegens navn

Fastlegens HPR nr

**Besøksgrunn**

**Oppdatert av**