

Datum



Behandlingsbegäran

Blankett för byte av/listning hos ansvarig tandläkare. Återsänds till ansvarig klinik inom Folktandvården Värmland.
Tänk på att fylla i samtliga uppgifter!

Patientens personuppgifter

Personnummer

Förnamn

Efternamn

Anledning till behandlingsbegäran

Ny patient

Byte av ansvarig behandlare

Byte till annan klinik

Ansvarig tandläkare

För- och efternamn (ansvarig tandläkare)

Postadress (till kliniken)

Telefonnummer (till kliniken)

Postnummer och postort (till kliniken)

Namn på klinik

E-post (till kliniken)

Vårdgivare

Privat

Folktandvården, annan region

Jag åtar mig att ge ovanstående patient fullständig allmäntandvård och förbinder mig att följa
Region Värmlands gällande rutiner och riktlinjer för barn och unga. Läs mer på folktandvardenvarmland.se.

Underskrifter

Underskrift ansvarig tandläkare

Underskrift patient/vårdnadshavare till barn under 18 år

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Samtycke

Patient/vårdnadshavare till barn under 18 år har samtyckt till överföring av journalhandlingar.

Datum

Ort

Information från avlämnade klinik

Journalhandlingar

Journalkopior bifogas

Journal finns ej

Röntgenbilder bifogas

Röntgenbilder finns ej

Mottagen blankett

Datum

Namn