

Begäran om förhandsbedömning ska lämnas av de behandlare som ska utföra vården enligt behandlingsplanen.

Förhandsbedömning av vården ska göras vid följande tillfällen när:

- S – tandvård
- Behandlingskostnader för N- och F-tandvård som överstiger 20 000 kronor för en period om 12 månader.
- Fast eller avtagbar protetik ska utföras, oavsett kostnaden för protetisk behandling.
- Åtgärderna 0011, 342.2, 343 debiteras.
- Åtgärderna 101, 111 eller 112 debiteras vid samma besök som 107 eller 108.
- Åtgärd 103 används mer än 3 gånger per 12 – månadsperiod hos samma vårdgivare.
- Åtgärd 108 används.

Behandling enligt godkänd förhandsbedömning av bastandvård och/eller protetisk rehabilitering skall vara avslutad inom 12 månader efter beslutsdatum om inte Tandvård för särskilda grupper, Region Värmland meddelats fördröjning och godkänt längre behandlingstid.

#### **Begäran av om förhandsbedömning ska innehålla**

- **Allmän anamnes**
- **Oralt status och anamnes**
- **Relevanta röntgenbilder placerade i bildkort**
- **Intraorala foton där det är relevant**
- **Föreslagna åtgärder, reparativ och förebyggande vård för behandlingsperioden**
- **Alternativt behandlingsförslag**
- **Motivering till föreslagen behandling vid fast protetik**
- **Prognosbedömning**
- **Kopia på inkommen remiss där det är relevant**

|                                                                 |  |                                         |                                       |                                           |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| S-tandvård: -                                                   |  | N-tandvård: -                           |                                       | F-tandvård -                              |                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Komplettering                          |  | <input type="checkbox"/> Ändring        |                                       |                                           |                                                                   |
| Bifogat material                                                |  | <input type="checkbox"/> Röntgen, foton | <input type="checkbox"/> Journalkopia | <input type="checkbox"/> Läkartyg, motsv. | <input type="checkbox"/> Modeller <input type="checkbox"/> Övrigt |
| Vårdgivaruppgifter (behandlare, klinikadress och telefonnummer) |  |                                         | Patientuppgifter (personnummer, namn) |                                           |                                                                   |
|                                                                 |  |                                         |                                       |                                           |                                                                   |

**Tanduppgifter**

| Tand                | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|---------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Föregående tandvård |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Karies              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Tand                | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| Föregående tandvård |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Karies              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

**Anamnes, parodontal klassificering, sjukdomsbeskrivning, behandlingsplan och prognos**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Planerad behandling (koder enligt regionens ersättningslista)**

| Tand | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Tand | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
|      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

**Övrig behandling (undersökning, förebyggande vård för de närmaste 12 månaderna m m)**

| Åtgärd | Antal | Åtgärd | Antal | Åtgärd | Antal | Åtgärd | Antal | Åtgärd | Antal | Åtgärd | Antal |
|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
|        |       |        |       |        |       |        |       |        |       |        |       |
|        |       |        |       |        |       |        |       |        |       |        |       |

|       |              |                    |
|-------|--------------|--------------------|
| Datum | Namnteckning | Beräknat totalpris |
|       |              |                    |

**Regionens besked**

|                                                                                                                                                                                                 |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Faktura avseende behandling kommer att godkännas<br><input type="checkbox"/> Faktura avseende behandling kommer ej att godkännas<br><input type="checkbox"/> Se bilaga | Kommentar |
| Underskrift                                                                                                                                                                                     | Datum     |
|                                                                                                                                                                                                 |           |