

Asylsökande
 LMA-nummer:
 LMA – giltighetstid:
 Person som vistas i Sverige utan tillstånd
 Ny begäran
 Omprövning
 Förhandsbedömningsnummer:

 Ändring
 Komplettering

Enhet Tandvård anger

Ankomstdatum:

Förhandsbedömningsnummer vid ny begäran:

Vårdgivaruppgifter

 Tandläkare:
 Klinik:
 Adress:
 Postnr och -ort:
 Telefon:

Patientuppgifter

 Födelseår-månad-dag
 XXXX-XX-XX.....
 Samordningsnr – anges av FTV

 Namn:
 Adress:
 Postnr och -ort:

Tanduppgifter

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

Anamnes, sjukdomsbeskrivning, medicinsk bedömning, behandlingsplan och prognos – bifoga bilaga vid behov

Kort beskrivning av redan utförd vård innehavande kalenderår – samt kostnad för hittills utförd vård:

Planerad insats – ange åtgärdsnummer och pris

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

Bifogat material: Röntgen Foto Modeller Kopia av kostnadsförslag

Kostnadsberäkning för den planerade vården:

Datum & ort:

Skicka blankettens båda sidor till:

Enhet Tandvård, Regionens Hus, 405 44 GÖTEBORG

Behandlarens underskrift:

Enhet Tandvårds beslut

Behandlande tandläkarens yttrande

Tillstyrks Avstyrks

-
- Faktura avseende förhandsbedömd behandling och kostnad kommer att godkännas
- Faktura avseende förhandsbedömd behandling och kostnad kommer att godkännas med ändring, se nedan
- Faktura avseende förhandsbedömd behandling och kostnad kommer inte att godkännas, se nedan

Kommentar nedan eller enligt bilaga

Bilaga

Datum:

Handlingar åter (datum & signatur)

.....

.....

.....
Underskrift
Bedömningstandläkare
Enhet Tandvård

.....
Namnförtydligande