



Tandvårdsstöd Dalarna

Anmälningsblankett för vårdval inom barn- och ungdomstandvård

Patient (vänligen texta läsligt)

Namn	Personnummer:
Adress	Ev alt. adress:
Postnr: Ort:	Alt postnr: Alt.ort:
Tel/mob:	Alt tel/mob:
E-post:	Alt e-post

Med namnteckning bekräftas val av undertecknad tandläkare/klinik som ansvarig för ovan patients avgiftsfria barn- och ungdomstandvård. Namnteckningen innebär även att tidigare upprättade relevanta journalhandlingar får översändas till nu vald tandläkare, samt att vald tandläkare/klinik regelbundet får återrapportera patientdata till Folk tandvården Dalarna.

Datum

Namnteckning/Myndig patient eller målsman

Dessa fält fylls i av den "nya", övertagande vårdgivaren

Undertecknad ansvarar för att angiven patient erbjuds fullständig tandvård i enlighet med det avtal jag/min klinik tecknat med Vårdenheten, Folk tandvårdens kansli, Region Dalarna.

Vårdansvarig tandläkare

Namnteckning Tandläkare	Datum
Namn i klartext/stämpel	Adress stämpel

Färdigställd anmälningssblankett skickas till befolkningsansvarig Folk tandvårdsklinik i Dalarna för hantering. **Först när detta dokument har returnerats till den övertagande kliniken,** med nedan informationsfält kompletterat, har den övertagande kliniken erhållit **ett bindande vårdansvar**. Först då kan behandling och fortsatt behandlingsplanering inledas.

Dessa fält fylls i av representant för den "gamla", överlämnande vårdgivaren

Datum och signatur: _____

Vårdvalet är registrerat. (scannat till journal och patientstatus uppdaterad)

Journalhandlingar av relevans har överförts till enligt ovan vald vårdgivare.

Befolkningsansvarig klinik i Folk tandvården Dalarna har **id-nummer:** **77** _ _ _