



Begäran om förhandsbedömning

Tandvårdsstöd enl. hälso- och sjukvårdens avgiftssystem

Version 2026

| Vårdgivaruppgifter | | | | | | | | | | Patientuppgifter | | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|----|------------------|----|----|----------|----|----|
| Namn: | | | | | | | | | | Personnummer: | | | | | | | |
| Adress: | | | | | | | | | | Namn: | | | | | | | |
| Ort: | | | | | | | | | | Grupp: | | | | | | | |
| Telefonnummer: | | | | | | | | | | N(1-4): | | S(1-12 eller15): | | | F(1-11): | | |
| Överkäke | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | ÖK |
| Föreg. tandvård Relevant för ärendet | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Karies | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parod. diagn. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apik. Förändr. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vald planerad behandling | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Underkäke | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | UK |
| Föreg. tandvård Relevant för ärendet | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Karies | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parod. Diagn. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apik. Förändr. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vald planerad behandling | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anamnes | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Terapiplan | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bifogade handlingar | | | | | | | | | | Bilagor som skickas med post | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> hälsodeklaration | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> modeller | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> aktuellt status (inkl. föregående tandvård och parodstatus) | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> analoga röntgenbilder | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> *röntgenbilder | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> foton | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> *kostnadsförslag enl. gällande taxa | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> övrigt | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> foton | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> kopia på remiss | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> kopia på läkarintyg | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> övrigt | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * = obligatoriskt | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Förhandsbedömningen har skrivits av: | | | | | | | | | | | | | | | | | |