

Tilbudsskjema (c)

Tilbudet er på betingelse av at kriteriene for gratis tannbehandling (jfr. Lov om tannhelsetjenester) er oppfylt. Dette avgjøres hos den offentlige tannhelsetjenesten. Skjemaet må være fullstendig utfyllt.

JA – jeg ønsker tilbud, og samtykker i at tannhelsetjenesten får informasjon om min helsetilstand, sykdommer og eventuell medisinbruk.

INFORMASJON PASIENT

Navn

Fødselsnummer

Telefon

Adresse

Postnummer/-sted

INFORMASJON FORESATT/VERGE (HVIS RELEVANT)

Navn

Telefon

Dato

Signatur pasient

VIKTIG: Hvis brukeren ønsker tilbud, bes boenhet/pleier fyller ut og krysse av resten av skjemaet.

Helsetilstand/sykdommer

Medisinbruk (evt. legg ved liste)

For at brukeren skal ha rett på gratis tannbehandling må ett av to kriterier være oppfylt:

Innlagt på helseinstitusjon i over 3 måneder.

Har helsehjelp i hjemmet i form av sykepleie eller familiepleie, over 3 mnd. og minst én gang pr. uke (*eksempel på tiltak: medisindosering og/eller sprøytesetting, sårstell, samtaleterapi i hjemmet utført av sykepleiefaglig personell*).

Boenhet/distrikt/sone/avdeling

Kontaktperson i institusjon/pleie og omsorgstjenesten Telefon kontaktperson

Fastlege

Telefon fastlege

Dato

Signatur/stempel kontaktperson i kommune