



## TILBUDSSKJEMA C2 – GRATIS TANNBEHANDLING

### Viktig informasjon

Dette skjemaet benyttes for pasienter som kan ha rett til gratis tannbehandling etter Lov om tannhelsetjenester § 1-3.

C2 – Grupper av eldre, langtidssyke og uføre.

Alle tre punkt må være oppfylt:

1. Kommunalt vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 nr. 6 bokstav a. Tjenesten de mottar må anses som hjemmesykepleie. Tjenesten skal ha utgangspunkt i hjemmet.
2. Tremånederskrav: tjenesten har vart eller er ment å vare i 3 mnd. eller lenger. For gruppe C som har hatt status i mindre enn 3 mnd. ytes det nødvendig akuttbehandling.
3. Regelmessighetskrav. Hjemmesykepleie minst en gang i uken.

- Kopi av kommunalt vedtak må vedlegges dette skjemaet.

Endelig vurdering av rett til gratis tannbehandling foretas av Den offentlige tannhelsetjenesten.

### SAMTYKKE OG PASIENTOPPLYSNINGER (Fylles ut av pasient / verge)

**JA** – jeg ønsker tilbud om tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten.

Jeg samtykker til at:

- Den offentlige tannhelsetjenesten kan innhente og motta nødvendige helseopplysninger for vurdering og gjennomføring av tannbehandling
- Ansatte i kommunal pleie- og omsorgstjeneste kan utlevere kommunalt vedtak og nødvendige helseopplysninger til tannhelsetjenesten.

Samtykket gjelder kun opplysninger som er nødvendige etter gjeldende lovverk.

**NEI** - Jeg takker nei til tilbud om gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten.

Jeg bekrefter at:

- Jeg har mottatt informasjon om tilbudet om gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten.
- Jeg er informert om at eventuelle rettigheter til stønad via HELFO kan bortfalle dersom jeg har rett på gratis behandling i den offentlige tannhelsetjenesten.
- Jeg er kjent med at jeg når som helst kan ombestemme meg og ta kontakt for å benytte tilbudet.
- Den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan oppbevare dette skjemaet som dokumentasjon på at jeg er informert om tilbudet og har takket nei.

Navn (pasient): \_\_\_\_\_

Fødselsnummer: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse, postnummer og sted: \_\_\_\_\_

Evt verge: \_\_\_\_\_ Telefon verge: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift pasient / verge: \_\_\_\_\_

# GRUNNLAG FOR RETT TIL GRATIS TANNBEHANDLING

KOMMUNALT VEDTAK (OBLIGATORISK FOR C2)

Gyldig kommunalt vedtak er vedlagt dette skjemaet

HELSEOPPLYSNINGER  
(Fylles ut av pleiepersonell)

Helsetilstand / relevante diagnoser:

Medisinbruk (evt. legg ved oppdatert legemiddelliste):

OPPLYSNINGER OM TJENESTESTED

Boenhet / distrikt / sone / avdeling:

Kontaktperson (pleie- og omsorgstjenesten):

Navn: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Fastlege:

Navn: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Signatur ansvarlig pleiepersonell og stempel: \_\_\_\_\_

Navn med blokkbokstaver: \_\_\_\_\_