**Søknad om tannbehandling til voksne rusmiddelavhengige**

Personer som på grunn av et rusmiddelproblem mottar tjenester etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav a-c og § 3-6 nr 2, eller er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) kan ha rett til nødvendig vederlagsfri tannbehandling. Jfr. Helse og omsorgsdepartementets Rundskriv Nr. I-2/2006 og Rundskriv Nr. I-4/2008.

Nødvendig tannhelsehjelp skal gis vederlagsfritt når den rusavhengige har vært, eller er ment å skulle være under behandling sammenhengende i tre måneder eller mer.

Utfylt skjema med kommunens bekreftelse om vedtak sendes nærmeste offentlige tannklinikk.

Det må foreligge en bekreftelse på at vedtaket er fattet før et eventuelt tilbud om gratis tannbehandling kan gis.

Helseskjema fylles ut og vedlegges.

Jeg ønsker tannbehandling og samtykker i at tannhelsetjenesten får informasjon om min helsetilstand, eventuell medisinbruk og annet som har betydning for tannhelse og tannbehandling.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Navn |  | | |
| Fødselsnummer |  | | |
| Postadresse |  | | |
| Postnummer |  | Poststed |  |
| Telefon |  | | |
| Dato |  | Underskrift |  |
| Eventuelle utfyllende opplysninger | | | |

Undertegnede bekrefter at denne brukeren har vedtak om pleie- og omsorgstjenester og oppfyller kravene for å ha rett til vederlagsfri tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten.

Sett kryss ved riktig vedtaksgrunnlag og bekreft varighet:

* Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav a (helsetjenester i hjemmet), minst en gang i uka
* Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav b (personlig assistanse, herunder praktisk   
  bistand, opplæring og støttekontakt), minst en gang i uka
* Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav c (plass i institusjon, herunder sykehjem)
* Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 2 (pårørendestøtte i form av avlastningstiltak)
* LAR (legemiddelassistert rehabilitering)
* Privat rusinstitusjon med avtale med et kommunalt eller statlig helseforetak
* Bekrefter at vedtaket er ment til å vare i tre måneder eller mer

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vedtaksdato |  | Vedtak gyldig til og med dato |  |
| Sted(kommune/etat)  og dato |  | Underskrift saksbehandler |  |
| Kontaktperson |  | Telefon |  |

Vedlegg: Helse- og medisinskjema

**Helse- og medisinskjema**

**Behandlingshistorie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fastlege | Behandling siste 2 år | Tidligere tannlege | Siste tannbehandling |
|  |  |  |  |

**Hva er årsaken til besøket?**

|  |
| --- |
|  |

**Tidligere komplikasjoner etter tannbehandling?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja, hvilke?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Nei |

**Pasientens oppfattelse av egen helse**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | God |  |  | Middels |  |  | Dårlig |

**Diverse**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nedsatt syn |  |  | Nedsatt hørsel |  |  | Nedsatt taleevne |  |  | Nedsatt førlighet |

**Tobakksbruk**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Røyk |  | Snus Mengde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*\*Utfylling av denne siden kan erstattes med oppdatert kopi av diagnose-* ***og*** *medisinliste/ordinasjonskort.*

**Allergi/oversensibilitet**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Penicillin |  | Matvarer |  |
| Lokalbedøvelse |  | Nikkel |  |
| Andre legemidler |  | Pollen |  |
| Latex |  | Annet |  |

**Sykdomstilstander og medisinbruk**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sykdomskategori** | **Diagnose** | **Medisiner** |
|  | Hjerte/karsykdommer |  |  |
|  | Høyt blodtrykk |  |  |
|  | Hjerneslag |  |  |
|  | Blødersykdom |  |  |
|  | Lungesykdom |  |  |
|  | Astma |  |  |
|  | Problemer med bihulene |  |  |
|  | Immunitetssykdommer |  |  |
|  | Reumatisk sykdom |  |  |
|  | Benskjørhet |  |  |
|  | Bisfosfonater, evt. når? |  |  |
|  | Hepatitt |  |  |
|  | HIV/AIDS |  |  |
|  | Giktfeber |  |  |
|  | Diabetes |  |  |
|  | Kosthold/diett |  |  |
|  | Stoffskiftesykdom |  |  |
|  | Psykiske lidelser |  |  |
|  | Spiseforstyrrelser |  |  |
|  | Epilepsi |  |  |
|  | Demens |  |  |
|  | Parkinsons |  |  |
|  | Kreft |  |  |
|  | Strålebehandling i hode og hals |  |  |
|  | Annet: |  |  |