



Innmeldingsskjema for gratis behandling i den offentlige tannhelsetjenesten

Innledning:

Dette skjemaet gjelder for søknad om gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Tilbudet er rettet mot personer som etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 har rett til gratis tannbehandling. Dette inkluderer blant annet:

- Beboere i institusjon
- Personer som mottar hjemmesykepleie
- Personer med psykisk utviklingshemming
- Personer med rusmiddelutfordringer

For personer med psykisk utviklingshemming stilles det ingen krav til varighet eller hyppighet av helsehjelp eller bistand. For de andre gruppene må helsehjelp eller bistand ha blitt gitt sammenhengende i minst tre måneder, med oppfølging minst én gang i uken, for å kvalifisere til gratis tannbehandling.

Dokumentasjon som bekrefter rettigheten må fremvises. Skjemaet skal fylles ut i samarbeid med din helsekontakt for å sikre at all nødvendig informasjon blir korrekt.

Skjemaet består av tre deler:

1. **Samtykke** - fylles ut av pasient/bruker eller helseettslig verge.
2. **Bekreftelse på rett til tannbehandling** - fylles ut av helsefaglig kontaktperson.
3. **Helse- og medisinskjema** - fylles ut av pasient/bruker selv eller pårørende.
Vedlagt oppdatert kopi av diagnose- og medisinliste/ordinasjonskort kan erstatte behovet for å fylle ut denne delen.



1. Samtykke

Fylles ut av pasient/bruker eller helserettslig verge:

Ved å signere i denne tabellen, samtykker du til at tannhelsetjenesten får informasjon om din helsetilstand, eventuell medisinbruk og annet som har betydning for tannhelse og tannbehandling. Dette er nødvendig for at vi skal kunne tilby deg forsvarlig tannbehandling.

Du kan når som helst trekke tilbake samtykket ved å kontakte tannklinikken du går ved.

Navn			
Fødselsnummer			
Postadresse			
Postnummer		Poststed	
Telefon			
Dato		Underskrift	
Eventuelle utfyllende opplysninger			



2. Bekreftelse på rett til gratis tannbehandling

Fylles ut av helsekontakt:

Undertegnede bekrefter at brukeren oppfylder ett eller flere av de følgende vilkårene som gir rett til gratis tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten.

Merk: For beboere i institusjon, personer som mottar hjemmesykepleie og personer med rusmiddelutfordringer, må helsehjelpen eller bistanden ha vart, eller forventes å vare, i minst tre måneder sammenhengende, med bistand/oppfølging minst én gang i uken. For personer med psykisk utviklingshemming stilles det ingen krav til varighet eller hyppighet av bistand.

Vilkår:

1. Beboer i institusjon

- Grunnlag: Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav a

2. Mottaker av hjemmesykepleie

- Grunnlag: Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav c

3. Psykisk utviklingshemmede

Ingen vedtaksinformasjon er nødvendig her.

Grunnlag: Oppfylder kravene i henhold til tannhelsetjenesteloven § 1-3, dokumentert med en av følgende:

- Diagnosekode P85 i primærhelsetjenestens klassifikasjonssystem ICPC-2
 Diagnosekode F70-F79 i spesialisthelsetjenestens klassifikasjonssystem ICD-10.

4. Personer med rusmiddelutfordringer

- Grunnlag: Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav b (personlig assistanse, herunder praktisk bistand, opplæring og støttekontakt)
 Grunnlag: Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 2 (pårørendestøtte i form av avlastningstiltak)
 Grunnlag: LAR (legemiddelassistert rehabilitering) i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-16

Bekreftelse på grunnlag for gratis tannbehandling:

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

Ved åpne vedtak: Dersom bruker har rettigheter etter åpent vedtak, vil registreringskjemaet være gyldig i inntil 6 måneder etter signeringsdato.

For spørsmål om rettigheter, vennligst send en henvendelse på journalsupport@telemarkfylke.no.



3. Helse- og medisinskjema

Fylles ut av pasienten, pårørende eller helsepersonell. Vedlagt oppdatert kopi av diagnose- og medisinliste/ordinasjonskort kan erstatte behovet for å fylle ut medisinskjema.

Behandlingshistorie

Nåværende fastlege	Tidligere tannlege	Siste tannlegebesøk

Hvorfor ønsker du time på tannklinikken?

Har du tidligere fått komplikasjoner etter tannbehandling?

Ja, hvilke? _____

Nei

Hvordan vurderer du din nåværende helsetilstand?

God

Middels

Dårlig

Sliter du med noe av dette?

Nedsatt syn

Nedsatt hørsel

Nedsatt taleevne

Nedsatt førlighet

Tobakksvaner:

Røyk

Snus

Mengde: _____



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		
Immunitets sykdommer		
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:		