

## **Blankett - Utfärdande av läkarintyg för intyg om rätt till N-tandvård (uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård) vid vård av närstående**

Bilaga till rutin: [Utfärdande av läkarintyg för intyg m rätt till N-tandvård \(uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård\) vid vård av närstående](#)

|                              |                     |
|------------------------------|---------------------|
| <b>Förnamn och efternamn</b> | <b>Personnummer</b> |
| <b>Adress</b>                |                     |
| <b>Postnummer/Ort</b>        |                     |

### **Medicinsk diagnos och sjukdomsdebut**

|  |
|--|
|  |
|--|

### **Mediciner – bifoga gärna eventuell medicinlista**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Beskrivning av det dagliga behovet av vård, omsorg, hjälp och stöd**

|  |   |
|--|---|
| <b>Kliva ur sängen</b><br><input type="checkbox"/> Klarar själv <input type="checkbox"/> Delvis hjälp <input type="checkbox"/> Hel hjälp | <b>Vad består hjälpen av och vem hjälper?</b> |
|--|---|

|   |   |
|---|---|
| <b>Personlig hygien</b><br><input type="checkbox"/> Klarar själv <input type="checkbox"/> Delvis hjälp <input type="checkbox"/> Hel hjälp | <b>Vad består hjälpen av och vem hjälper?</b> |
|---|---|

|  |   |
|--|---|
| <b>Klä på sig / Klä av sig</b><br><input type="checkbox"/> Klarar själv <input type="checkbox"/> Delvis hjälp <input type="checkbox"/> Hel hjälp | <b>Vad består hjälpen av och vem hjälper?</b> |
|--|---|

**Psykiskt/kognitivt funktionshinder**

|  |
|--|
| <b>Minnesförlust</b><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
|--|

|   |
|---|
| <b>Bristande sjukdomsinsikt</b><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
|---|

|  |
|--|
| <b>Kognitivt funktionshinder</b><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
|--|

|                                   |
|-----------------------------------|
| <b>Sammanfattande beskrivning</b> |
|-----------------------------------|

|   |                  |
|---|------------------|
| <b>Har trygghetslarm eller tillsyn nattetid</b><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | <b>Kommentar</b> |
|---|------------------|

Om anhörigvårdare inte fanns, skulle personen behöva omfattande hemtjänst alternativt bo på ett vård- och omsorgsboende?

Ja  Nej

Om personen blir beviljad tandvårdsstöd, önskar personen en kostnadsfri uppsökande munhälsobedömning? **Obs! Denna fråga måste besvaras.**

Ja  Nej

|             |                   |               |
|-------------|-------------------|---------------|
| Underskrift | Namnförtydligande | Ort och datum |
|-------------|-------------------|---------------|

#### Kontaktuppgifter

|            |             |         |
|------------|-------------|---------|
| Befattning | Arbetsplats | Telefon |
| E-post     | Adress      |         |

#### Originallet insändes till:

Regionkontoret  
Tandvårdsenheten  
Box 517  
301 80 Halmstad

Vid frågor vänligen kontakta Tandvårdsenheten: [rktandvard@regionhalland.se](mailto:rktandvard@regionhalland.se)