

Bilaga till rutin: [Underrättelse vid misstanke om felaktig folkbokföring inom tandvården](#)

Namn	Personnummer

Adress
Gata
Postnummer och postort

Orsak till misstanke om felaktig folkbokföring

Vårdgivare/klinik
Datum

Regionkontoret
Box 517
301 80 Halmstad