

## Förhandsbedömning



<b>Vårdgivaruppgifter</b>  Klinik:  Namn:  Adress:   Telefon:	<b>Datum</b>  <b>Patient</b> Personnummer:  Namn:  <input type="checkbox"/> Avser omprövning av tidigare ansökan ev Nr:
--	---

**Bedömningen avser behandling**

Barntandvård riskfond:    Nödvändig tandvård:    Tandvård pga långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning:

1  2                       1  2  3  4                       1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11

Tandvård som led i sjukdomsbehandling:

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  15  Annat

**Anamnes och sjukdomsbeskrivning samt behandlingsplan inklusive profylax:**

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	ÖK
Åtgärd																	
Kostn																	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	UK
Åtgärd																	
Kostn																	

**Kostnadsberäkning****Vuxentandvård**Bastandvård

Undersökn.:

Profylax:

Övrigt:

**Sum bastv.:**Protetik

Ädel- och

gjutmetaller:

Protetik:

**Sum prot.:****Barn- och ungdomstandv.**

Undersökn.:

Profylax:

Fyllningar:

Övrigt:

**Summa:****Bifogat material** Övrigt material bifogas i brev

Ange ärendenummer och pat. personnummer eller enl. nedan:

**Total behandlingskostnad:**


Btl:s yttrande

 Tillstyrkes     Begränsning     Avstyrkes     Se bilaga

Kommentar

Datum

Underskrift / namnförtydligande