

Personnummer	Namn
--------------	------

**Nödvändig tandvård**

Du har rätt att få nödvändig tandvård utförd med patientavgift som i den öppna hälso-och sjukvården. Avgiften räknas in i sjukvårdens högkostnadsskydd.

Du kommer att få ett intyg som Du måste visa upp vid besök på tandvårdsmottagningen för att man där ska veta att Du har rätt till förmånen. Intyget framställs av Region Halland, regionkontoret i Halmstad.

**Erbjudande om munhälsobedömning**

Munhälsobedömningen är avgiftsfri och innebär att tandvårdspersonalen besöker Dig och gör en förenklad undersökning av munhåla och tänder. De bedömer behovet av egenvård samt visar och instruerar Dig och vid behov vårdpersonalen hur man på bästa sätt kan sköta munvården. Du får också veta om Du bör besöka tandläkare eller tandhygienist för att få tandvård. Finns det behov av tandvård kan Du välja vilken tandläkare eller tandhygienist Du vill anlita. Munhälsobedömningen görs en gång per år. Uppgifterna samlas i avidentifierad form i ett dataregister.

**Kryssa i ditt önskemål:**

- JA**, jag önskar **hembesök av tandhygienist/tandläkare** för en munhälsobedömning och medger att uppgifter om mitt hälsotillstånd och min medicinering får lämnas till tandvårdspersonalen.
- NEJ**, jag avstår från **hembesök av tandhygienist/tandläkare**

Datum	Underskrift (egen, anhörig, god man eller vårdpersonal)
-------	---

**Ansökan om intyg för Nödvändig Tandvård,**

Ifylles av person som fått information om tandvårdsstödet tex enhetschef, sjuksköterska, biståndsbedömare eller LSS-samordnare och som finns registrerade som behöriga.

Samtliga rutor skall fyllas i för att ansökan skall kunna behandlas.

Namn på särskilt boende, boendeenhet och adress till personens boende – Eget eller särskilt			
Telefon			
Adress som det färdiga intyget ska skickas till			
Uppgift om hemtjänstgrupp, personlig assistent, kontaktperson, anhörig mm	Telefon		
<input type="checkbox"/> <b>Grupp N1</b>	<input type="checkbox"/> <b>Grupp N2</b>	<input type="checkbox"/> <b>Grupp N3</b>	<input type="checkbox"/> <b>Grupp N4</b>
<input type="checkbox"/> <b>Gäller till</b>	<b>2023-12-31</b>	<input type="checkbox"/> <b>Begränsat till:</b>	

Härmed intygas att ovanstående person uppfyller nu gällande krav för intyg om nödvändig tandvård. **Undertecknas av behörig vårdpersonal.**

Underskrift	Telefon
Namnförtydligande	Adress

Originalen insändes till, Region Halland Tandvård Box 517, 301 80 Halmstad. Kopia behålls av utfärdaren.