

2019-01-01
Ansvarig Gunnel Håkansson

ANMÄLAN

om övertag av barnpatient

Patientens personnr _____ - _____

Namn _____

Postadress _____

Postnr _____ Postort _____

Jag lämnar mitt tillstånd till att kopia av journal, lån av röntgenbilder och eventuella studiemodeller översänds till nedanstående tandläkare

Datum

Målsmans/myndig patients namnteckning

Telefonnr

Namnförtydligande

ÖVERTAGANDE TANDLÄKARES UPPGIFTER:

Härmed intygas att jag övertar ansvaret för denna patients tandvård. Jag förbinder mig att följa de anvisningar och riktlinjer som gäller för fritt val av vårdgivare för tandvård för barn och unga i Region Halland.

Datum

Övertagande tandläkares namnteckning

Namnförtydligande

Tel nr _____ - _____

Klinikstämpel

Vårdgivaren skickar anmälan till:

Region Halland
Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Tandvård
Box 517
302 38 Halmstad