

Anmälan om övertagande av barnpatient

Patientens personnr _____ - _____

Namn _____

Adress _____

Postnummer _____ Postadress _____

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

Datum _____ Målsmans/myndig patients namnteckning _____

Telefonnummer _____ 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.

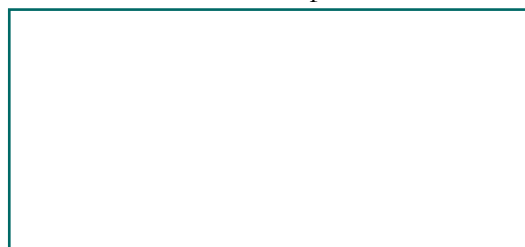
Datum _____

Övertagande tandläkares namnteckning _____

Namnförtydligande _____

Tel nr _____ - _____

Klinikstämpel



Originalblanketten sparas hos vårdgivaren i en pärm eller skannas in i journalen. Om vårdgivaren inte har inloggning till Barn2011 sänds blanketten till Tandvård, Regionkontoret, Box 517, 301 80 Halmstad

Gäller från: 5 december 2025

Ansvarig: Paula vom Hofe, RK Hälso- och sjukvård