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

Klinikstämpel

_____

Övertagande tandläkares namnteckning

_____

Namnförtydligande

Tel nr_____ - _____

Övertagandeblanketten i original ska sparas hos vårdgivaren eller skannas in i journal.
Om vårdgivare inte har tillgång till Barn2011 sänds kopia på blankett även till: Tandvård, Regionkontoret, Box 517, 301 80 Halmstad