

Tilbud om tannhelsetjenester til brukere av helsetjenester i hjemmet

Du som har et kommunalt vedtak om helsetjenester i hjemmet minimum én gang pr. uke, og har hatt det i tre måneder eller mer, har rett til gratis undersøkelse, veiledning og tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten, jfr. [Tannhelsetjenesteloven § 1-3 bokstav c](#), [Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6, bokstav a](#) og [Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten § 2](#).

Tilbudet bortfaller hvis vedtak om helse- og omsorgstjenester opphører.

Skjemaet fylles ut i samarbeid med en ansatt i helse- og omsorgstjenesten og sendes nærmeste offentlige tannklinikk. Kontaktinformasjon til tannklinikkene er tilgjengelig på www.viken.no/tannhelse.

Det må foreligge en bekreftelse på at vedtak er fattet før tilbud om gratis tannhelsetjenester gis. Helsekjema på side 2 fylles ut og vedlegges.

Sett kryss:

- Jeg ønsker å benytte meg av tilbudet og samtykker i at tannhelsetjenesten får informasjon om min helsetilstand, eventuell medisinbruk og annet som har betydning for tannhelse og tannbehandling.
- Jeg ønsker *ikke* å benytte meg av tilbudet.

For- og etternavn			
Fødselsnr. (11 siffer)		Telefon	
Postadresse			
Postnummer		Poststed	
Dato		Underskrift	

Fastlege	
-----------------	--

Eventuelle utfyllende opplysninger

Undertegnede bekrefter at denne brukeren har vedtak om helsetjenester i hjemmet og oppfyller kravene for å ha rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten.

Vedtaksdato		Vedtak gyldig til og med dato	
Avdeling/soner		Underskrift saksbehandler	
Dato			
Kontaktperson i kommunen		Telefon	

Samtykket kan når som helst trekkes tilbake

Helseskjema

Det er nødvendig at behandlende tannhelsepersonell kjenner pasientens helseforhold før tannbehandlingen påbegynnes. Dine helseopplysninger blir oppbevart og behandlet fortrolig etter de krav som lover og forskrifter setter, jfr. offentlighetsloven § 13 og forvaltningsloven § 13.

For- og etternavn:		Fødselsnr. (11 siffer)	
---------------------------	--	-------------------------------	--

Generell informasjon	Diverse	Medikamentbruk		
<input type="checkbox"/> Hjerte/karsykdommer <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Immunitetssykdommer <input type="checkbox"/> Hepatitt <input type="checkbox"/> Giktfeber <input type="checkbox"/> Problemer med bihulene <input type="checkbox"/> Psykiske lidelser <input type="checkbox"/> Strålebehandling i hode/hals <input type="checkbox"/> Kosthold/diett <input type="checkbox"/> Komplikasjoner etter tannbehandling <input type="checkbox"/> Røyker <input type="checkbox"/> Bruker snus <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Blødersykdom <input type="checkbox"/> Spiseforstyrrelser <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Lungesykdom <input type="checkbox"/> Hjerneslag <input type="checkbox"/> Parkinsons <input type="checkbox"/> Kreft <input type="checkbox"/> Reumatisk sykdom <input type="checkbox"/> Demens <input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/> Nedsatt syn <input type="checkbox"/> Nedsatt hørsel <input type="checkbox"/> Nedsatt taleevne <input type="checkbox"/> Nedsatt førlighet <input type="checkbox"/> Bruker rullestol Allergi/oversensibilitet <input type="checkbox"/> Penicillin <input type="checkbox"/> Lokalbedøvelse <input type="checkbox"/> Pollen <input type="checkbox"/> Matvarer <input type="checkbox"/> Nikkel <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Annet	<i>Legg ved medikamentliste fra lege</i>		
		Medisinsk behandling <input type="checkbox"/> Medisinsk behandling siste to år		
		Munn/tenner <input type="checkbox"/> Blødning i tannkjøttet <input type="checkbox"/> Dårlig ånde <input type="checkbox"/> Ofte sår i munnen <input type="checkbox"/> Munntørrhet <input type="checkbox"/> Tanngnissing <input type="checkbox"/> Ømme tyggemusklér <input type="checkbox"/> Fingersuger <input type="checkbox"/> Munnpuster <input type="checkbox"/> Annet	Oppfatning av egen helse <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Dårlig	
			Gravid - termin	Siste tannbehandling
		Besøksgrunn		

Har pasienten samtykkekompetanse? Ja Nei
 Er det tatt tvangsvedtak etter lov om pasientrettigheter, kap.4A? Ja Nei

Diverse informasjon (ved behov, bruk eget ark)

Vær vennlig å ta kontakt med tannklinikken ved forandringer i helsetilstanden som kan ha betydning for tannbehandlingen.

Dato		Underskrift	
-------------	--	--------------------	--