

Tilbud om tannhelsetjenester til personer over 18 år med psykisk utviklingshemming

Mennesker med psykisk utviklingshemming i og utenfor institusjon har rett til gratis undersøkelse, veiledning og tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten jfr. [Tannhelsetjenesteloven §1-3 bokstav b](#)

Fremvis dokumentasjon fra kommune/fastlege eller spesialisthelsetjenesten på diagnosen (ICD-10 klassifiseringssystem: F70-F79 eller ICPC2 kode P 85 Psykisk utviklingshemming).

Mennesker med psykisk utviklingshemming og deres omsorgspersoner skal få opplæring og veiledning i tann- og munnstell tilpasset den enkeltes behov. Innkalling til tannhelsekontroll skjer etter individuell vurdering.

Dette skjema og helseskjema på side 2 fylles ut, signeres og returneres nærmeste offentlige tannklinikk, sammen med dokumentasjon på diagnose. Kontaktinformasjon til tannklinikken er tilgjengelig på www.viken.no/tannhelse.

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, og er klar over at bruk av privat tannhelsetjeneste må betales selv.

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

Fastlege	
Kommune/etat/base	
Kontaktperson i kommunen	

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 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	<i>Legg ved medikamentliste fra lege</i> Medisinsk behandling <input type="checkbox"/> Medisinsk behandling siste to år Oppfatning av egen helse <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Dårlig <table border="1"> <tr> <td>Gravid - termin</td> <td>Siste tannbehandling</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> Besøksgrunn 	Gravid - termin	Siste tannbehandling		
Gravid - termin	Siste tannbehandling					

Har pasienten samtykkekompetanse? Ja Nei
 Er det fattet 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	
-------------	--	--------------------	--