

BEGÄRAN - förhandsbedömning

Förhandsbedömningen skall sändas in till Region Skåne, Koncernkontoret, Enheten för tandvårdsstyrning, 291 89 Kristianstad.



Vårdgivare (Tandvårdsföretag, praktikadress, telefon)

Patientuppgifter

Sjukvårdshuvudman nr (Region Skåne =12):

Personnummer

Namn

Bostadsadress

Postnummer

Bostadsort

Planerad behandling avser:

<input type="checkbox"/> Barn - högkostnadsskydd	<input type="checkbox"/> S 6 Samband med grundsjukdom	<input type="checkbox"/> S 15 Frätskador pga ätstörning eller reflux
<input type="checkbox"/> S-tandvård	<input type="checkbox"/> S 7 Genomgår strålbehandling	<input type="checkbox"/> F-tandvård (ange vilken: F1-F11)
<input type="checkbox"/> S 1 Medfödd missbildning	<input type="checkbox"/> S 8 Utredning långvarig smärta	<input type="checkbox"/> N-tandvård
<input type="checkbox"/> S 2 Sjukdom i käkområdet	<input type="checkbox"/> S 9 Allvarlig sömnapné	<input type="checkbox"/> N 1 Kommunalt hälso-och sjukvårdsansvar
<input type="checkbox"/> S 3 Epileptiskt anfall	<input type="checkbox"/> S 10 Extremt tandvårdsrädna	<input type="checkbox"/> N 2 Hemsjukvård
<input type="checkbox"/> S 4 Infektionssanering	<input type="checkbox"/> S 11 Avvikande reaktion mot dentala material	<input type="checkbox"/> N 3 LSS(lag om stöd till vissa funktionshindrade)
<input type="checkbox"/> S 5 Sjukdom, medicinering	<input type="checkbox"/> S 12 Utbyte som led i medicinsk behandling	<input type="checkbox"/> N 4 Bosatta i egen bostad med vårdbehov

Tand	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Föregående tandvård																
Karies																
Parodontal diagnos																

Tand	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Föregående tandvård																
Karies																
Parodontal diagnos																

Anamnes och sjukdomsbeskrivning, motivering för behandlingen med angivande av diagnos/er samt övriga upplysningar. Vid implantatbehandling skall både den som skall utföra operationen och protetiken underteckna förhandsbedömningen. Vid tidsdebitering skall planerad tid anges för respektive åtgärd. Om samarbete krävs med specialist, enligt Region Skånes Råd och anvisningar, skall även specialisten underteckna förhandsbedömningen. Vid behov använd fler sidor.

Planerad behandling

Tand	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Tand	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Kostnad	Kronor	Bifogade handlingar:	<input type="checkbox"/> Hälsodeklaration
Bastandvård		<input type="checkbox"/> Intyg om nödvändig tandvård	<input type="checkbox"/> Medicinlista
Protetik/tandreglering		<input type="checkbox"/> Läkarintyg eller remiss	<input type="checkbox"/> Studiemodeller
Ädel- och gjutmetaller		<input type="checkbox"/> Uppgift om munhygienstandard	<input type="checkbox"/> Journalutdrag
Totalt		Antal röntgenbilder (skall bifogas)	<input type="checkbox"/> Övriga handlingar:

Datum	Behandlarens underskrift	Namnförtydligande	Specialistkompetent i:
-------	--------------------------	-------------------	------------------------

