

Egenansökan

- Med bedömning av läkare för tandvårdsintyg för uppsökande- och nödvändig tandvård

Egenansökan med bedömning av läkare för tandvårdsintyg skickas ifylld till enheten för tandvårdsstyrning för bedömning. Egenansökan kan göras i de fall kommunens personal inte kan göra en bedömning om rätten till ett tandvårdsintyg.

Patientens namn:	Patientens personnummer:	Kontaktperson till patient:
Patientens folkbokföringsadress, postnummer och ort:		Telefon kontaktperson:
Medgivande, jag vill ta del av tandvårdsintyg och medger att uppgifter om mig som kan behövas för att bedöma rätten till detta får lämnas till Region Skåne. Underskrift:		
.....		

Till personkretsen som har rätt till tandvårdsintyg dvs. nödvändig tandvård med avgift inom ramen för hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd samt en årlig kostnadsfri munhälsobedömning, räknas även personer som får omvårdnad av annan än kommunens personal, t ex av anhöriga. Kraven för omvårdnad innebär insatser morgon, middag och kväll samt larm eller tillsyn till natten.

Punkt 1-3 på blanketten fylls i av läkare. Punkt 4 kan fyllas i av läkare, sjuksköterska, anhörig eller annan person som väl känner till personens funktionsnedsättning och behov av stödinsatser.

1. Medicinsk information

Medicinsk diagnos och sjukdomsdebut:

2. Fysisk funktionsnedsättning

JA (markera med kryss)

Nej (gå till punkt 3)

a) Kan gå själv	JA <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/> Beskriv hjälpbehovet
b) Rullstolsburen	JA <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
c) Kan äta själv	JA <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/> Beskriv hjälpbehovet
d) Klarar dusch och personlig hygien själv	JA <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/> Beskriv hjälpbehovet
e) Klarar på- och avklädning själv	JA <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/> Beskriv hjälpbehovet
f) Kliva i/ur sängen	JA <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/> Beskriv hjälpbehovet

Beskrivning av de valda alternativen från punkt 2, samt övrig information om den fysiska funktionsnedsättningen:

Egenansökan

- Med läkarintyg för tandvårdsintyg för uppsökande- och nödvändig tandvård

3 Psykisk funktionsnedsättning JA (om ja, fyll i för punkt 3a och 3b) Nej (gå till punkt 4)

3 (a) Patienten har följande psykiska eller kognitiva funktionsnedsättningar (markera med kryss)

<input type="radio"/> Kognitiv funktionsnedsättning (Beskriv)	<input type="radio"/> Tankestörningar
<input type="radio"/> Begränsad verklighetsuppfattning	<input type="radio"/> Minnesstörningar
<input type="radio"/> Bristande engagemang (Beskriv)	<input type="radio"/> Tillbakadragenhet/kontaktsskygghet
<input type="radio"/> Apati/initiativlöshet	<input type="radio"/> Övrigt (Beskriv)

3 (b) Patientens psykiska eller kognitiva funktionsnedsättning leder till (markera med kryss):

<input type="radio"/> Svårighet att sköta ADL (Beskriv omfattning)	<input type="radio"/> Svårighet att sköta sin bostad (Beskriv)
<input type="radio"/> Förstår inte sitt behov av tandvård	<input type="radio"/> Isolerar sig
<input type="radio"/> Förmår inte söka tandvård på egen hand	<input type="radio"/> Har god man/förvaltare

Beskrivning av de valda alternativen från punkt 3a och b, samt övrig relevant information om funktionsnedsättningen:

4 Stödinsatser JA (markera med kryss) Nej (markera med kryss)

a) Hemtjänst	JA <input type="radio"/> Beskriv omfattning och insatser	Nej <input type="radio"/>
b) Hemsjukvård	JA <input type="radio"/> Beskriv omfattning och insatser	Nej <input type="radio"/>
c) Stöd av annan person (ange vem)	JA <input type="radio"/> Beskriv omfattning och insatser	Nej <input type="radio"/>
d) Bor i eget boende?	JA <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/> (Ange boendetyp)
e) Har nattlig tillsyn (kan vara trygghetslarm)	JA <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>

Beskriv behovet av stödinsatser, typen av stödinsatser som ges, vem som ger dem och hur ofta de ges:
(Om mer textutrymme behövs kan den här delen fyllas i på separat papper och bifogas med ansökan):

Läkares underskrift (för punkt 1-3):	Datum:
Namnförtydligande:	Telefon/Mobil:
Klinik:	

Skicka blanketten till:
Region Skåne
Koncernkontoret
Enheten för tandvårdsstyrning
291 89 Kristianstad