

Förhandsbedömning



Vårdgivaruppgifter

Klinik:

Namn:

Adress:

Telefon:

Datum

Patient

Personnummer:

Namn:

Bedömningen avser behandling (markera ett val)

Nödvändig tandvård (N)

1 2 3 4

Tandvård pga långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (F)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Tandvård som led i sjukdomsbehandling (S)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 15 Annat

Anamnes och sjukdomsbeskrivning, kompletterande upplysningar, prognos, motivering (använd bilaga om utrymme ej räcker)

Obligatoriska uppgifter: Journalkopia med status och behandlingsförslag, aktuella röntgenbilder, intyg / remiss.

Planerade åtgärder med kostnad enligt Folk tandvårdens taxa.

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	ÖK
Åtgärd																	

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	UK
Åtgärd																	

Kostnadsberäkning

Bastandvård

Undersökning:

Profylax:

Övrigt:

Sum. bastandvård:

Protetik

Ädel- och gjutmetaller:

Protetik:

Sum. protetik:

Bifogat material

Övrigt material bifogas i brev

Ange ärendenummer och pat. personnummer eller enl. nedan:

Total behandlingskostnad:

Btl's beslut: Tillstyrkes Begränsning Avstyrkes Se bilaga

Kommentar:

Datum:

Underskrift \

Namnförtydligande: