

# Tilbud om tannhelsehjelp

**For deg som har kommunalt vedtak om sykepleiefaglig hjelp i hjemmet.**

Dersom du har kommunalt vedtak om sykepleiefaglig hjelp i hjemmet kan du få tannhelsehjelp hos Den offentlige tannhelsetjenesten. Tjenestene fra kommunen må ha en varighet på mer enn 3 måneder og ha et omfang av minimum 1 kontakt pr. uke, av sykepleiefaglig art (også psykiatrisk sykepleie).

**Kreves kvalifisert bekreftelse**

For å sikre at du får oppfylt dine rettigheter etter Tannhelsetjenesteloven, må Den offentlige tannhelsetjenesten be om at det gis en kvalifisert bekreftelse om at du oppfyller de vilkår som kreves for å motta gratis nødvendig tannbehandling.

**Hva vil det si å ha rettighet etter tannhelsetjenesteloven**

Dersom du har rettigheter i Den offentlige tannhelsetjenesten (etter lov og forskrift), bortfaller Folketrygdens stønad til tannbehandling og Lov om sosiale tjenester i NAV. Dvs. velger du isteden å oppsøke privat tannlege for tannbehandling(er) bortfaller eventuelle stønader fra Folketrygden og/eller NAV sosial.

**For pasienten, kryss av:**Ønsker tilbud Ønsker ikke tilbud 

Jeg samtykker i at kommunen og Den offentlige tannhelsetjenesten utveksler informasjon om min helse/tannhelsetilstand og eventuell medisinbruk som har betydning for min tannhelse og tannbehandling: Kryss av

Underskrift av pasient eller  
verge: \_\_\_\_\_

**For ansvarlig leder:**

Det bekreftes at \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_ Tlf \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

har kommunalt vedtak på hjelp i hjemmet i \_\_\_\_\_ kommune, sone \_\_\_\_\_  
og at han/hun oppfyller de vilkår som er nevnt ovenfor.

Det foreligger et vedtak om hjelp i hjemmet, i kommunen datert \_\_\_\_\_ som følger *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §3-2, punkt 6a og Pasient og brukerrettighetsloven § 2-1 a*. Vedtaket utgår \_\_\_\_\_ Medikamentliste og diagnosebeskrivelse sendes sammen med dette skjemaet. Dersom endring av vedtak forplikter kommunen å informere tannklinikken/tannhelsetjenesten.

Kontaktperson \_\_\_\_\_ Tlf \_\_\_\_\_

Vurdering av  
oppmøtekompetanse \_\_\_\_\_

Tittel \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_

Epost \_\_\_\_\_ Tlf \_\_\_\_\_

## For pasienten:

<b>Generell informasjon</b> <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"/> Strålebeh. i hode/hals <input type="checkbox"/> Kosthold/diett <input type="checkbox"/> Kompl. etter tannbehandling <input type="checkbox"/> Røyker <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"/> Annet	<b>Diverse</b> <input type="checkbox"/> Nedsatt syn <input type="checkbox"/> Nedsatt hørsel <input type="checkbox"/> Nedsatt taleevne <input type="checkbox"/> Nedsatt førlighet <b>Allergi/oversensibilitet</b> <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 <b>Munn/tenner</b> <input type="checkbox"/> Blødn. i tannkjøttet <input type="checkbox"/> Dårlig ånde <input type="checkbox"/> Ofte sår i munnen <input type="checkbox"/> Munntørhet <input type="checkbox"/> Tanngnissing <input type="checkbox"/> Ømme tyggemuskler <input type="checkbox"/> Fingersuger <input type="checkbox"/> Munnpuster <input type="checkbox"/> Annet
---	--

Pasientens oppfatning av egen helse:  God  Middels  DårligTenner:  Egne tenner  Delprotese(r)  Helprotese(r)**Husk! Ta med til tannklinikken: Medikamentliste, diagnosebeskrivelse og eventuelle proteser.**

Sted \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_