

Tilbud om tannhelsehjelp

For deg som har kommunalt vedtak på grunn av et rusmiddelproblem

Dersom du har kommunalt vedtak om personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt eller avlastningstiltak kan du få tannhelsehjelp hos Den offentlige tannhelsetjenesten. Tjenestene fra kommunen må ha en varighet på mer enn 3 måneder sammenhengende og ha et omfang av minimum 1 kontakt pr. uke.

Kreves kvalifisert bekreftelse

For å sikre at du får oppfylt dine rettigheter etter rundskriv fra Helse og omsorgsdepartementet, 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.

For ansvarlig leder:

Det bekreftes at _____

Personnummer _____ Tlf _____

Adresse _____

Postnummer _____

har kommunalt vedtak i _____ kommune, og at han/hun oppfyller de vilkår som er nevnt ovenfor.

Det foreligger et vedtak på grunn av et rusmiddelproblem etter: *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §3-2, første ledd nr. 6 bokstav b, c og etter § 3-6 nr. 2, og Pasient og brukerrettighetsloven § 2-1 a fra dato* _____. Vedtaket utgår _____

Tjenestene fra kommunen må ha en varighet på mer enn 3 måneder sammenhengende og ha et omfang av minimum 1 kontakt pr. uke.

Kontaktperson _____ Tlf _____

Vurdering av oppmøtekompetanse _____

Medikamentliste sendes sammen med dette skjemaet.

Tittel _____ Dato _____

Epost _____ Tlf _____

For pasienten:

Generell informasjon <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hjerte/karsykdommer<input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk<input type="checkbox"/> Diabetes<input type="checkbox"/> Epilepsi<input type="checkbox"/> Immunitets sykdommer<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	Diverse <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nedsatt syn<input type="checkbox"/> Nedsatt hørsel<input type="checkbox"/> Nedsatt taleevne<input type="checkbox"/> Nedsatt førlighet Allergi/oversensibilitet <ul style="list-style-type: none"><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 <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Blødn. i tannkjøttet<input type="checkbox"/> Dårlig ånde<input type="checkbox"/> Ofte sår i munnen<input type="checkbox"/> Munntørrhet<input type="checkbox"/> Tanngrissing<input type="checkbox"/> Ømme tyggemusklr<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 og eventuelle proteser.**

Sted _____ Dato _____

Underskrift _____