

# Tilbud om tannhelsehjelp

## Institusjonspasienter

### For deg som har institusjonsplass

Dersom du bor i institusjon kan du få tannhelsehjelp hos Den offentlige tannhelsetjenesten. Har du langtidsplass i institusjonen, mer enn 3 måneder har du rett på nødvendig tannbehandling/tannhelsehjelp. Har du korttidsplass dvs. opphold mindre enn 3 måneder kan vi tilby akuttbehandling.

### 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 (verge), kryss av:**

Ønsker tilbud

Ønsker ikke tilbud

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

Navn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_

Adresse/avdeling \_\_\_\_\_

Kontaktperson i institusjonen \_\_\_\_\_

Underskrift av  
pasient/verge \_\_\_\_\_

**Husk! Ta med til tannklinikken: Medikamentliste, diagnosebeskrivelse og eventuelle proteser.**

# Helseskjema

<b>Generell informasjon</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Hjerte/karsykdommer</li><li><input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk</li><li><input type="checkbox"/> Diabetes</li><li><input type="checkbox"/> Epilepsi</li><li><input type="checkbox"/> Immunitets sykdommer</li><li><input type="checkbox"/> Hepatitt</li><li><input type="checkbox"/> Giktfeber</li><li><input type="checkbox"/> Problemer med bihulene</li><li><input type="checkbox"/> Psykiske lidelser</li><li><input type="checkbox"/> Strålebeh. i hode/hals</li><li><input type="checkbox"/> Kosthold/diett</li><li><input type="checkbox"/> Kompl. etter tannbehandling</li><li><input type="checkbox"/> Røyker</li><li><input type="checkbox"/> Astma</li><li><input type="checkbox"/> Blødersykdom</li><li><input type="checkbox"/> Spiseforstyrrelser</li><li><input type="checkbox"/> HIV/AIDS</li><li><input type="checkbox"/> Lungesykdom</li><li><input type="checkbox"/> Hjerneslag</li><li><input type="checkbox"/> Parkinsons</li><li><input type="checkbox"/> Kreft</li><li><input type="checkbox"/> Reumatisk sykdom</li><li><input type="checkbox"/> Annet</li></ul>	<b>Diverse</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Nedsatt syn</li><li><input type="checkbox"/> Nedsatt hørsel</li><li><input type="checkbox"/> Nedsatt taleevne</li><li><input type="checkbox"/> Nedsatt førlighet</li></ul> <b>Allergi/oversensibilitet</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Penicillin</li><li><input type="checkbox"/> Lokalbedøvelse</li><li><input type="checkbox"/> Pollen</li><li><input type="checkbox"/> Matvarer</li><li><input type="checkbox"/> Nikkel</li><li><input type="checkbox"/> Latex</li><li><input type="checkbox"/> Annet</li></ul> <b>Munn/tenner</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Blødn. i tannkjøttet</li><li><input type="checkbox"/> Dårlig ånde</li><li><input type="checkbox"/> Ofte sår i munnen</li><li><input type="checkbox"/> Munntørhet</li><li><input type="checkbox"/> Tanngnissing</li><li><input type="checkbox"/> Ømme tyggemusklr</li><li><input type="checkbox"/> Fingersuger</li><li><input type="checkbox"/> Munnpuster</li><li><input type="checkbox"/> Annet</li></ul>
---	---

Pasientens oppfatning av egen helse:  God  Middels  Dårlig

Tenner:  Egne tenner  Delprotese(r)  Helprotese(r)

**Husk! Ta med til tannklinikken: Medikamentliste, diagnosebeskrivelse og eventuelle proteser.**

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

Underskrift \_\_\_\_\_