

Begäran om förhandsbedömning

Begäran avser:	Nödvändig tandvård grupp:	Långvarigt sjuk grupp:	Led i sjukdom grupp:
-----------------------	---------------------------	------------------------	----------------------

Vårdgivaruppgifter:
Patientuppgifter:

Namn:		Namn:	Sekretess
Adress:		Personnummer:	
Postnr. och Postadress:			

Tanduppgifter:

Tand	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Föreg. tandv.																
Karies																
Parod																
Tand	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Föreg. tandv.																
Karies																
Parod																

Anamnes, sjukdomsbeskrivning, medicinsk bedömning, behandlingsplan och prognos, vid behov bifoga bilaga, samt namn på övriga bilagor, ex rtg:

Planerade åtgärd/er, ange åtgärdsnummer:

ÖK	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
UK	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Undersökning	Prof/sjukd.beh			Övrigt				Kostnad:			Tandvård		Material		Totalkostnad	

Behandlares underskrift

Datum:	Namnteckning:
--------	---------------

Yttrande/Svar:

Faktura avseende behandling och pris kommer att godkännas:	
Faktura avseende behandling och pris kommer att godkännas med ändring enl. nedan eller bilaga:	
Faktura avseende behandling och pris kommer ej att godkännas enl. nedan eller bilaga:	
Kommentar:	
Datum:	Namnteckning: