

Tandvårdsförvaltningen
Folktandvårdens kansli
Wämö center
371 81 Karlskrona
Telefon: vx 0455-731000

Övertagande av vårdansvar för personer 3-23 år folkbokförda i Blekinge

Patient

Personnummer	Förnamn	Efternamn
--------------	---------	-----------

Jag önskar att undertecknad tandläkare övertar ansvaret för ovan namngivna persons allmäntandvård. Jag medger att uppgifter i journalhandlingar samt röntgenbilder och övrig dokumentation av värde för tandbehandlingen avseende ovan namngivna person, överlämnas till övertagande tandläkare.

Namnsteckning vårdnadshavare/myndig patient
Namnförtydligande

Härmed övertas ansvaret för ovan angiven patients fullständiga allmäntandvård. Jag förbinder mig att följa de anvisningar, riktlinjer och regelverk som gäller för fritt val av vårdgivare inom "Avgiftsfri tandvård till personer 3-23 år" i Region Blekinge.

Övertagande vårdgivare/Ansvarig tandläkare

Datum	Vårdgivare
Namnsteckning ansvarig tandläkare	Adress
Namnförtydligande	Telefon och e-post

Önskar att följande handlingar översändes till mottagande klinik:

Kopia av journalhandlingar sedan:	Modeller:
Röntgen(som lån) sedan:	Foto:
Tandskadeintyg gällande:	Övrigt:

Godkännande av överflyttning av vårdansvaret till ovan nämna vårdgivare

Överflyttad patientens personnummer	Patientens namn
Underskrift ansvarig klinikchef	Ansvarig klinik inom Folktandvården i Blekinge
Namnförtydligande ansvarig klinikchef	Telefonnummer ansvarig klinik i Blekinge

Underskriven blankett scannas in i patientjournalen, originalblanketten sänds in till Tandvårdsförvaltningen, adress som ovan.