



Tilbud om tannhelsetjenester til brukere av helsetjenester i hjemmet

Du som har et kommunalt vedtak om helsetjenester i hjemmet minimum én gang pr. uke, og har hatt det i tre måneder eller mer, har rett til gratis undersøkelse, veiledning og tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten, jfr. [Tannhelsetjenesteloven § 1-3 bokstav c](#), [Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6, bokstav a](#) og [Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten § 2](#).

Tilbudet bortfaller hvis vedtak om helse- og omsorgstjenester opphører.

Skjemaet fylles ut i samarbeid med en ansatt i helse- og omsorgstjenesten og sendes nærmeste offentlige tannklinikk. Kontaktinformasjon til tannklinikkene er tilgjengelig på www.afk.no/tannhelse.

Det må foreligge en bekreftelse på at vedtak er fattet før tilbud om gratis tannhelsetjenester gis. Helsekjema på side 2 fylles ut og vedlegges.

Sett kryss:

- ☐ Jeg ønsker å benytte meg av tilbudet og samtykker i at tannhelsetjenesten får informasjon om min helsetilstand, eventuell medisinbruk og annet som har betydning for tannhelse og tannbehandling.
- ☐ Jeg ønsker *ikke* å benytte meg av tilbudet.

For- og etternavn			
Fødselsnr. (11 siffer)		Telefon	
Postadresse			
Postnummer		Poststed	
Dato		Underskrift	

Fastlege	
-----------------	--

Eventuelle utfyllende opplysninger

Undertegnede bekrefter at denne brukeren har vedtak om helsetjenester i hjemmet og oppfyller kravene for å ha rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten.

Vedtaksdato		Vedtak gyldig til og med dato	
Avdeling/sone		Underskrift saksbehandler/kontaktperson	
Dato			
Kontaktperson i kommunen		Telefon	

Samtykket kan når som helst trekkes tilbake



Helseskjema

Det er nødvendig at behandlende tannhelsepersonell kjenner pasientens helseforhold før tannbehandlingen påbegynnes. Dine helseopplysninger blir oppbevart og behandlet fortrolig etter de krav som lover og forskrifter setter, jfr. offentlighetsloven § 13 og forvaltningsloven § 13.

For- og etternavn:		Fødselsnr. (11 siffer)	
---------------------------	--	-------------------------------	--

Generell informasjon	Diverse	Medikamentbruk				
☐ Hjerte/karsykdommer ☐ Høyt blodtrykk ☐ Diabetes ☐ Epilepsi ☐ Immunitetssykdommer ☐ Hepatitt ☐ Giktfeber ☐ Problemer med bihulene ☐ Psykiske lidelser ☐ Strålebehandling i hode/hals ☐ Kosthold/diett ☐ Komplikasjoner etter tannbehandling ☐ Røyker ☐ Bruker snus ☐ Astma ☐ Blødersykdom ☐ Spiseforstyrrelser ☐ HIV/AIDS ☐ Lungesykdom ☐ Hjerneslag ☐ Parkinsons ☐ Kreft ☐ Reumatisk sykdom ☐ Demens ☐ Annet	☐ Nedsatt syn ☐ Nedsatt hørsel ☐ Nedsatt taleevne ☐ Nedsatt førlighet ☐ Bruker rullestol Allergi/oversensibilitet ☐ Penicillin ☐ Lokalbedøvelse ☐ Pollen ☐ Matvarer ☐ Nikkel ☐ Latex ☐ Annet Munn/tenner ☐ Blødning i tannkjøttet ☐ Dårlig ånde ☐ Ofte sår i munnen ☐ Munntørrehet ☐ Tanngnissing ☐ Ømme tyggemusklar ☐ Fingersuger ☐ Munnpuster ☐ Annet	<i>Legg ved medikamentliste fra lege</i> Medisinsk behandling ☐ Medisinsk behandling siste to år Oppfatning av egen helse ☐ God ☐ Middels ☐ Dårlig <table><tr><th>Gravid - termin</th><th>Siste tannbehandling</th></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> Besøksgrunn 	Gravid - termin	Siste tannbehandling		
Gravid - termin	Siste tannbehandling					

Har pasienten samtykkekompetanse? Ja ☐ Nei ☐
Er det fattet tvangsvedtak etter lov om pasientrettigheter, kap.4A? Ja ☐ Nei ☐

Diverse informasjon (ved behov, bruk eget ark)

Vær vennlig å ta kontakt med tannklinikken ved forandringer i helsetilstanden som kan ha betydning for tannbehandlingen.

Dato		Underskrift	
-------------	--	--------------------	--