

Tilbud om tannhelsetjenester til voksne rusmiddelavhengige

Er du over 18 år og rusmiddelavhengig har du rett til gratis undersøkelse, veiledning og nødvendig tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten, dersom du mottar noen av følgende tilbud:

- personlig assistanse i medhold av Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, nr. 6 bokstav b
- avlastningstiltak for pårørende i medhold av Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6, nr. 2
- er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i medhold av Spesialisthelsetjenesteloven §3-16

Se også [Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv Nr. I-2/2006](#) og [Rundskriv Nr. I-4/2008](#), samt informasjon på [helsedirektoratets nettside](#). Tilbudet bortfaller når tjenesten opphører.

Utfylt skjema med tjenestens bekreftelse sendes nærmeste offentlige tannklinikk. Kontaktinformasjon til tannklinikken er tilgjengelig på www.afk.no/tannhelse.

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

Sett kryss: ☐ Jeg mottar tjenester etter lov ☐ Jeg er under legemiddelassistert rehabilitering

Fyll ut nedenfor og helseskjemaet på side 2

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

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

Eventuelle utfyllende opplysninger

Undertegnede bekrefter at denne brukeren oppfyller kravene for å ha rett til gratis tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten.

Vedtaksdato		Vedtak gyldig t.o.m.	
Kommune/tjeneste og dato		Underskrift saksbehandler	
Kontaktperson		Telefon	

Samtykket kan når som helst trekkes tilbake

Helseskjema

Det er nødvendig at behandlende tannhelsepersonell kjenner pasientens helseforhold og medikamentbruk før tannbehandling kan 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 ☐ Munntørhet ☐ Tanngnissing ☐ Ømme tyggemuskler ☐ 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 border="1"> <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					

Diverse informasjon (ved behov, bruk eget ark)

Ta kontakt med tannklinikken ved forandringer i helsetilstanden som kan ha betydning for tannbehandlingen.

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