

**Ny**     **Ändring (ange ärendenr)**

<b>Förhandsbedömningen avser</b>	Ange tandvårsstödsintygsnummer _____
<input type="checkbox"/> Nödvändig tandvård	-----
<input type="checkbox"/> Tandvård som led i sjukdomsbehandling	
Kategori: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 15	
<input type="checkbox"/> Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning	Ange F-kortsnummer _____

Vårdgivare	Patient
Organisationsnr/personnr/kliniknr/praktilertjänstnr	Personnummer
Namn	Namn
Adress	Adress
Telefon	

**Tanduppgifter. Använd vedertagna förkortningar. Saknade tänder strykes.  
Om protetik planeras, ange motbitningen med streck.**

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

**Uppgifter om patientens eventuella sjukdom och motiveringar till behandlingsförslaget.**


**Planerad behandling. Ange åtgärdsnummer där det är möjligt.**

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

Kostnadsberäkning enligt nedan							<input type="checkbox"/> Bifogas separat	Summa/Transport
Åtgärd	Antal/min	Pris	Totalt	Åtgärd	Antal/min	Pris	Totalt	
<b>Summa/Transport</b>				<b>Beräknad total kostnad</b>				

(Datum) \_\_\_\_\_

(Vårdgivarens namnteckning) \_\_\_\_\_

(Namnförtydligande) \_\_\_\_\_