

Vårdgivaransmälan

Barn- och ungdomstandvård

Patient

Personnummer	Förnamn	Efternamn

Adress	Postnummer	Ort

Telefonnummer	Nuvarande folktandvårdsklinik alt. privat tandläkare:

Jag godkänner att uppgiften registreras i databas.

Jag lämnar mitt tillstånd till att journalkopia, röntgenbilder samt eventuella studiemodeller, som lån, översändes till övertagande tandläkare.

Vårdnadshavarens/patientens godkännande	Datum

Jag åtar mig att ge ovanstående patient fullständig allmäntandvård och förbinder mig att följa Landstinget Västernorrlands anvisningar och riktlinjer angående barn och ungdomstandvård.

Vårdgivarens underskrift	Datum
Namnförtydligande/klinikstämpel	
Adress	
Org nr.	

Original insändes till: Landstinget Västernorrland
Beställarenheten för tandvård
871 85 Härnösand

Skicka kopia till den klinik från vilken bytet sker.
Ge gärna en kopia av vårdgivaransmälan till patienten.