



## Tilbud om tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten

**Tilbudet gis til følgende grupper\* (sett kryss for gruppen pasienten tilhører):**

- Personer diagnostisert med diagnosen psykisk utviklingshemming over 18 år i og utenfor institusjon, jfr. lov om tannhelsetjeneste § 1-3, bokstav b. (Gr. B)
- Personer som bor fast på institusjon (også offentlig institusjon) i minst 3 måneder (Gr. C1)
- Personer som mottar helsehjelp /psykisk helsehjelp i hjemmet etter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a og c, ukentlig i minst 3 måneder (Gr. C2)
- Personer som mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr. 5 og 6, grunnet rusmisbruk, i mer enn 3 måneder (Gr. E)
- Personer under legemiddelassistert rehabilitering, LAR- behandling (Gr. E)

**Pasienten får:**

- Gratis veiledning, undersøkelse og tannbehandling vurdert av og i henhold til den offentlige tannhelsetjenestens tilbud

**Jeg samtykker til at (sett kryss):**

- Jeg benytter meg av tilbudet og tillater at tannhelsetjenesten får informasjon om min helsetilstand, eventuell medisinbruk og annet som har betydning for min tannhelse og tannbehandling.
- Den offentlige tannhelsetjenesten kontakter meg og innkaller meg til undersøkelse og/eller behandling
- Pårørende/ verge mottar timeavtalen min på SMS

<b>Navn:</b>	<b>Person nr. (11siffer):</b>	
<b>Adresse:</b>		
<b>Post nr.:</b>	<b>Sted:</b>	<b>Mobil:</b>
<b>Underskrift bruker/pasient:</b>		<b>Dato:</b>
<b>Navn på pårørende/ verge:</b>		<b>Mobil:</b>

- Jeg takker nei til tannhelsetjenestens tilbud om fri tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten
- Jeg samtykker til at tannhelsetjenesten får beskjed ved utmelding eller dersom jeg ikke lenger mottar tjenester som kvalifiserer til gratis tannhelsetjenester

**Din kontaktperson i kommunen videresender ferdig utfylt skjema til den offentlige tannhelsetjenesten**



**Fylles ut av kommunen**

**Vedtaksdato:** \_\_\_\_\_ **Vedtaketets varighet (må fylles ut):** \_\_\_\_\_

**Tjeneste/avdeling/institusjon:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **E-post til avdeling:** \_\_\_\_\_

**Navn på kontaktperson i tjenesten:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

**Distrikt/ område:** \_\_\_\_\_

**Dato:** \_\_\_\_\_ **Underskrift saksbehandler/avd. leder** \_\_\_\_\_

Helseinformasjonen på side 3 er fylt ut

**Merk: Bekreftelsesbrevet er kun gyldig når avsender er fra offentlig forvaltning og/eller helsetjeneste.**

**\*Tilbudet gjelder:**

**Gr. B:** Tilbudet gjelder: Psykiske utviklingshemmede over 18 år i og utenfor institusjon, jfr. lov om tannhelsetjeneste § 1-3, bokstav b. Kriteriet for å ha rett til gratis tannhelsetjenester er diagnosen psykisk utviklingshemming (ICD-10 klassifiseringssystem: F70-F79 eller ICPC2 kode P 85 Psykisk utviklingshemming). **Diagnosen må bekreftes av fastlege eller psykiater.**

**Gr. C1:** Personer som bor fast på offentlig institusjon i minst 3 måneder eller mer, jfr lov om tannhelsetjeneste § 1-3 bokstav c.

**Gr. C2:** Personer som har et kommunalt vedtak om helsetjenester i hjemmet minimum en gang per uke og har hatt det sammenhengende i minst 3 måneder eller mer. Jfr. Helse og omsorgstjenesteloven, Kap. 3 § 3-1 §3-2 punkt 6a, bokstav c.

**Gr. E:** Personer som mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr.5 og 6, på grunn av sitt rusmisbruk, i mer enn 3 måneder jfr. § 3-1, første og annet ledd. Tilbudet gjelder så lenge kontakten med kommunen ikke er avsluttet. - Personer som deltar i Legemiddel Assistert Rehabilitering (LAR) i 3 måneder eller mer.



**Helseskjema** (fylles ut før vedtaksskjema sendes fylkeskommunen)

**Navn:** \_\_\_\_\_ **Person nr. (11 siffer):** \_\_\_\_\_

<b>Generell informasjon</b> <input type="checkbox"/> Hjerter/karsykdommer <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Immunitetssykdommer <input type="checkbox"/> Hepatitt <input type="checkbox"/> Giktfeber <input type="checkbox"/> Problemer med bihulene <input type="checkbox"/> Psykiske lidelser <input type="checkbox"/> Strålebeh. i hode/hals <input type="checkbox"/> Kosthold/diett <input type="checkbox"/> Kompl. etter tannbehandling <input type="checkbox"/> Røyker <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Blødersykdom <input type="checkbox"/> Spiseforstyrrelser <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Lungesykdom <input type="checkbox"/> Hjerneslag <input type="checkbox"/> Parkinsons <input type="checkbox"/> Kreft <input type="checkbox"/> Reumatisk sykdom <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Tobakksfri <input type="checkbox"/> Snuser <input type="checkbox"/> Vaping <input type="checkbox"/> Lett psykisk utviklingshemmet <input type="checkbox"/> Benskjørhet <input type="checkbox"/> Uten anmerkning	<b>Diverse</b> <input type="checkbox"/> Nedsatt syn <input type="checkbox"/> Nedsatt hørsel <input type="checkbox"/> Nedsatt taleevne <input type="checkbox"/> Nedsatt førighet  <b>Allergi/oversensibilitet</b> <input type="checkbox"/> CAVE fra FM <input type="checkbox"/> Penicillin <input type="checkbox"/> Lokalbedøvelse <input type="checkbox"/> Pollen <input type="checkbox"/> Matvarer <input type="checkbox"/> Nikkel <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Annet  <b>Munn/tenner</b> <input type="checkbox"/> Blødn. i tannkjøttet <input type="checkbox"/> Dårlig ånde <input type="checkbox"/> Ofte sår i munnen <input type="checkbox"/> Munntørhet <input type="checkbox"/> Tanngnissing <input type="checkbox"/> Ømme tyggemusklér <input type="checkbox"/> Fingersuger <input type="checkbox"/> Munnpuster <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Leppebiting	<b>Medikamentbruk</b>   <b>Medisinsk behandling</b> <input type="checkbox"/> Medisinsk behandling siste to år  <b>Pas. oppfatning av egen helse</b> <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Dårlig  <b>Gravid - termin</b> <b>Siste tannbehandling</b>  <b>Fastlegens navn</b> <b>Fastlegens HPR nr</b>  <b>Besøksgrunn</b>
<b>Diverse informasjon</b>		