Tannhelsetjenesten
i Agder

Unntatt fra offentlighet, jf. offl. § 13

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 offentlig institusjon i minst 3 måneder eller mer, jfr lov om tannhelsetjeneste § 1-3 bokstav c. (Gr. C1). **Unntak:** Gjelder ikke pasienter på sykehjem som vi oppsøker iht fastlagte rutiner.

☐ 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. 6, bokstav b, grunnet rusmisbruk, i mer enn 3 måneder (Gr. E).

☐ Personer som mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-6 nr.2 på grunn av sitt rusmisbruk, i mer enn 3 måneder (Gr. E).

☐ Personer under legemiddelassistert rehabilitering, LAR- behandling etter spesialist-helsetjenestelovens § 3-16 (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.

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

☐ 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: _____ **Vedtakets 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.

***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 legespesialist.**

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, §3-2 første ledd nr.6, bokstav a. Varighet på tilbudet er ett år av gangen (gjelder fra dato til dato).

Gr. E: Personer som mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr.6, bokstav b, på grunn av sitt rusmisbruk, i mer enn 3 måneder. Varighet på tilbudet er ett år av gangen (gjelder fra dato til dato).

Personer som mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-6 nr.2, på grunn av sitt rusmisbruk, i mer enn 3 måneder. Tilbudet gjelder så lenge kontakten med kommunen ikke er avsluttet..

Personer som deltar i Legemiddel Assistert Rehabilitering (LAR) i 3 måneder eller mer etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-16.

Tannhelsetjenesten
i Agder

Unntatt fra offentlighet, jf. offl. § 13

Helseskjema (Skjemaet er frivillig å fylle ut, men det er til stor hjelp før evt. behandling på klinikken).

Navn:_____ **Person nr**. (11 siffer)**:**_____

Generell informasjon
- ☐ Hjerte/karsykdommer
- ☐ Høyt blodtrykk
- ☐ Diabetes
- ☐ Epilepsi
- ☐ Immunitetssykdommer
- ☐ Hepatitt
- ☐ Giktfeber
- ☐ Problemer med blihulene
- ☐ Psykiske lidelser
- ☐ Strålebeh. i hode/hals
- ☐ Kosthold/diett
- ☐ Kompl. etter tannbehandling
- ☐ Røyker
- ☐ Astma
- ☐ Blødersykdom
- ☐ Spiseforstyrrelser
- ☐ HIV/AIDS
- ☐ Lungesykdom
- ☐ Hjerneslag
- ☐ Parkinsons
- ☐ Kreft
- ☐ Reumatisk sykdom
- ☐ Annet
- ☐ Tobakksfri
- ☐ Snuser
- ☐ Vaping
- ☐ Dement
- ☐ Benskjørhet
- ☐ Uten anmerkning

Diverse
- ☐ Nedsatt syn
- ☐ Nedsatt hørsel
- ☐ Nedsatt taleevne
- ☐ Nedsatt førlighet

Allergi/oversensibilitet
- ☐ CAVE fra FM
- ☐ Penicillin
- ☐ Lokalbedøvelse
- ☐ Pollen
- ☐ Matvarer
- ☐ Nikkel
- ☐ Latex
- ☐ Annet

Munn/tenner
- ☐ Blødn. i tannkjøttet
- ☐ Dårlig ånde
- ☐ Ofte sår i munnen
- ☐ Munntørrhet
- ☐ Tanngnissing
- ☐ Ømme tyggemuskler
- ☐ Fingersuger
- ☐ Munnpuster
- ☐ Annet
- ☐ Leppebiting

Medikamentbruk

Medisinsk behandling
- ☐ Medisinsk behandling siste to år

Pas. oppfatning av egen helse
☐ God ☐ Middels ☐ Dårlig

Gravid - termin

Siste tannbehandling

Fastlegens navn

Fastlegens HPR nr

Besøksgrunn

Diverse informasjon

Sign.

Registreringsdato

Oppdatert av