Tannhelsetjenesten i Agder

Unntatt fra offentlighet, jf. offl. § 13

Tilbud om tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten

Side 1 fylles ut av kommunen

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

☐ Personer som bor fast på offentlig institusjon i minst 3 måneder eller mer. (Gr. C1) (Sykehjem er unntatt, da vi oppsøker disse.) Jfr. lov om tannhelsetjeneste § 1-3 bokstav c.

☐ Personer som mottar helsehjelp/psykisk helsehjelp i hjemmet, ukentlig, i minst 3 måneder. (Gr. C2) Jfr. helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a og c.

☐ Personer som mottar tjenester grunnet rusmisbruk, i mer enn 3 måneder. (Gr. E) Jfr. helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav b.

☐ Personer som mottar tjenester grunnet rusmisbruk, i mer enn 3 måneder. (Gr. E) Jfr. helse- og omsorgstjenestelovens § 3-6 nr. 2.

Mer informasjon om hvem som har rettigheter til tannbehandling i den offentlige tannhelse-tjenesten finnes på våre nettsider: agderfk.no/vare-tjenester/tannhelse/tannbehandling

Oppstart gjeldende vedtak (sammenhengende): _____

Sluttdato for vedtaket (ellers varighet ett år):_____ Livslang varighet: ☐

Tjeneste/avdeling/institusjon/område: _____

Telefon: _____

Navn på kontaktperson i tjenesten: _____ Telefon: _____

Kommunen bekrefter med dette at tilbud om gratis tannbehandling gis til personer som oppfyller kravene i loven om tannhelsetjenester.

Dato: _____ Underskrift saksbehandler/avd.leder: _____

Merk: Bekreftelsesbrevet er kun gyldig når avsender er fra offentlig forvaltning og/eller helsetjeneste.
Ved åpne vedtak: Dersom bruker har rettigheter etter åpent vedtak, vil registreringsskjemaet være gyldig i inntil 12 måneder fra signeringsdato.

Tannhelsetjenesten i Agder

Unntatt fra offentlighet, jf. offl. § 13

Side 2 fylles ut av pasienten/pårørende

Pasienten får:

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

Navn:	**Personnr.** (11siffer)**:**	
Adresse:		
Postnr.:	**Sted:**	**Mobil:**
Underskrift bruker/pasient:		**Dato:**
Navn på pårørende (frivillig):		**Mobil:**

Jeg bekrefter at (sett kryss):

☐ Jeg ønsker å benytte meg av tilbudet om fri tannbehandling, og at den offentlige tannhelsetjenesten kan kontakte meg og innkalle meg til undersøkelse og/eller behandling.

☐ Jeg takker nei til tannhelsetjenestens tilbud om fri tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten.

Jeg samtykker til følgende:

☐ Tannhelsetjenesten får informasjon om min helsetilstand, eventuell medisinbruk og annet som har betydning for min tannhelse og tannbehandling.

☐ Tannhelsetjenesten får beskjed dersom jeg ikke lenger mottar tjenester fra kommunen som kvalifiserer til gratis tannhelsetjenester.

☐ Pårørende mottar informasjon om timeavtaler på SMS.

☐ Pårørende/verge kan bestille, endre og avbestille timer på mine vegne.

Gyldighet:

Samtykket er frivillig og kan når som helst trekkes tilbake.

Dette skjemaet er gyldig så lenge bruker/pasient mottar tjenester som kvalifiserer til gratis tannhelsetjenester, og uansett ikke lengre enn 12 måneder fra signeringsdato.

For å sikre best mulig tannbehandling ber vi om at du tar med en oppdatert diagnose- og medisinliste til første konsultasjon.

Din kontaktperson i kommunen sender ferdig utfylt skjema til den offentlige tannhelsetjenesten.