



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 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 spesialisthelsetjenestelovens § 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: _____ **Vedtaketts 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 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, §3-2 første ledd nr.6, bokstav a.

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. Tilbudet gjelder så lenge kontakten med kommunen ikke er avsluttet.

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.



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 <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	Diverse <input type="checkbox"/> Nedsatt syn <input type="checkbox"/> Nedsatt hørsel <input type="checkbox"/> Nedsatt taleevne <input type="checkbox"/> Nedsatt førighet Allergi/oversensibilitet <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 Munn/tenner <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 tyggemuskler <input type="checkbox"/> Fingersuger <input type="checkbox"/> Munnpuster <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Leppebiting	Medikamentbruk Medisinsk behandling <input type="checkbox"/> Medisinsk behandling siste to år Pas. oppfatning av egen helse <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Dårlig <table border="1"><tr><td>Gravid - termin</td><td>Siste tannbehandling</td></tr><tr><td>Fastlegens navn</td><td>Fastlegens HPR nr</td></tr></table> Besøksgrunn	Gravid - termin	Siste tannbehandling	Fastlegens navn	Fastlegens HPR nr
Gravid - termin	Siste tannbehandling					
Fastlegens navn	Fastlegens HPR nr					
Diverse informasjon						