



## Tilbud om gratis tannhelsetjenester til personer med psykisk utviklingshemming

### 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.

### Du får:

- Gratis undersøkelse, veiledning og tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten.

### Hva må du selv gjøre:

- Krysse av og fylle ut skjemaet nedenfor
- Skjemaet blir sendt til den tannklinikken du tilhører.

Opplysningene er konfidensielle og underlagt taushetsplikt.

<input type="checkbox"/>	<b>Jeg ønsker å benytte meg av tilbudet og samtykker i at tannhelsetjenesten får informasjon om min helsetilstand, eventuell medisinbruk og annet som har betydning for tannhelse og tannbehandling.</b>
<input type="checkbox"/>	Jeg ønsker IKKE å benytte meg av tilbud om gratis tannhelsetjeneste og er klar over at utgifter til tannbehandling hos privat tannlege ikke refunderes.
<b>Navn:</b> _____	<b>F.nr (11 siffer):</b> _____
<b>Adresse:</b> _____	<b>Mobilnr.:</b> _____
<b>Postnummer:</b> _____	<b>Sted:</b> _____
<b>Fastlege navn / tlf nr:</b> _____	
<b>Ønsker du at kontaktperson/pårørende skal motta timeavtale på sms?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<b>Kontaktperson og relasjon:</b> _____	<b>Mobilnr:</b> _____
<b>Dato:</b> _____	<b>Underskrift bruker ev. verge:</b> _____

Fylles ut av enheten, og sendes til tannklinikken:

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Tjeneste og avdeling:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

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

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