



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Innmeldingsskjema for personer med utviklingshemming

Den offentlige tannhelsetjenesten gir tilbud om gratis tannhelsetjenester til personer med utviklingshemming over 18 år jf. [tannhelsetjenesteloven § 1-3](#).

For at tannhelsetjenesten skal kunne gi tilbudet må det foreligge dokumentasjon på at personen er diagnostisert med psykisk utviklingshemming.

Diagnosekode som gir rettigheter, er [F70-F79 i ICD-10](#) eller [P85 i ICPC-2](#).

Tannhelsetjenesten mottar ikke automatisk noen oversikt over hvilke personer som har aktuell diagnose. Selv om det kan være personer som har vært pasienter i Den offentlige tannhelsetjenesten gjennom hele oppveksten, er det ikke alltid denne diagnosen har blitt opplyst til tannhelsetjenesten. Det er derfor viktig at fastleger, kommunalt helsepersonell eller andre i kommunen som har kontakt med de aktuelle personene, informerer personene om rettighetene de har til tannbehandling. Dette bør helst skje når de er 18 år. Fra og med året de fyller 19 må de ellers betale for tannhelsetjenester.

Kommunens oppgave

- Skal sørge for at alle personer med rett til gratis tannhelsetilbud informeres om sine rettigheter.

Innmelding av personer som ikke er under tilsyn av kommunale omsorgstjenester

- I de tilfeller det er personer med diagnose psykisk utviklingshemming (se ovenfor) som berettiger til gratis tannbehandling, men som ikke har kontakt med omsorgstjenesten i kommunen, kan personens fastlege (eller relevant spesialist) bekrefte diagnosen og fylle ut skjemaet før det medbringes/sendes til tannklinikken.
- Dersom personen allerede har dokumentasjon (legeerklæring) på aktuelle diagnoser, kan de selv (eller ved hjelp av verge) fylle ut skjema, legge ved legeerklæring medbringe/sende det til tannklinikken.

Ved endring av diagnose vil det være behov for ny dokumentasjon/legeerklæring.

Skjemaet og andre vedlegg vil bli behandlet som sensitive personopplysninger, og vil bli arkivert i elektronisk pasientjournal. Papirskjema/vedlegg vil bli makulert etter overføring til elektronisk pasientjournal.

Sett kryss:

- ☐ Ja, jeg ønsker å benytte meg av tilbudet og samtykker i at tannhelsetjenesten får informasjon om helsetilstanden min og eventuell medisinbruk som kan ha betydning for tannhelsen og tannbehandlingen
- ☐ Jeg samtykker til gratis SMS-påminnelse om timeavtale
- ☐ Jeg samtykker til at kontaktperson mottar SMS-påminnelse om timeavtale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Opplysninger om pasienten og kontaktperson*Fyll ut med blokkbokstaver*

For- og etternavn:												
Fødselsnummer: (11 siffer)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
Mobilnummer:												
Adresse og gatenummer:												
Postnummer og poststed:												
Fastlege:												
Annet (eks. rullestolbruker, nødvendig med løfteheis):												
Ønsket tidspunkt for time på tannklinikk:												
Har pasienten samtykkekompetanse (Ja/nei):												
Er det fattet tvangsvedtak etter lov om pasientrettigheter, kap. 4A (Ja/nei):												
Navn kontaktperson:												
Mobilnummer kontaktperson:												
Underskrift pasient/kontaktperson:												

Bekreftelse fra innmelder

Jeg bekrefter at pasienten er diagnostisert med psykisk utviklingshemming (F70-F79 i ICD-10 eller P85 i ICPC-2), som gir rett til gratis tannhelsetilbud i den offentlige tannhelsetjenesten.

Dato:	
Underskrift og stempel:	

Husk å medbringe helseskjema og medisinliste til tannklinikken. Dette er nødvendig for at tannhelsepersonell skal kunne gi en trygg og god behandling. Se siste side.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Helseskjema

ASA-klassifisering: ☐ ASA 1 ☐ ASA 2 ☐ ASA 3 ☐ ASA 4 ☐ ASA 5

Tannstatus (sett kryss):

Overkjeve:

☐ Egne tenner

☐ Tannprotese

Underkjeve:

☐ Egne tenner

☐ Tannprotese

Generell informasjon ☐ Hjerte/karsykdommer ☐ Høyt blodtrykk ☐ Diabetes ☐ Epilepsi ☐ Immunitetssykdommer ☐ Hepatitt ☐ Giktfeber ☐ Problemer med bihulene ☐ Psykiske lidelser ☐ Strålebeh. i hodehals ☐ Kosthold/diett ☐ Kompl. etter tannbehandling ☐ Røyker ☐ Astma ☐ Blødersykdom ☐ Spiseforstyrrelser ☐ HIV/AIDS ☐ Lungesykdom ☐ Hjerneslag ☐ Parkinsons ☐ Kreft ☐ Reumatisk sykdom ☐ Annet ☐ Snuser ☐ Bisfosfonater ☐ Sykdomsbehandling i utlandet ☐ Nyresvikt ☐ Demens ☐ Uten anmerkning	Diverse ☐ Nedsatt syn ☐ Nedsatt hørsel ☐ Nedsatt taleevne ☐ Nedsatt førlighet Allergi/oversensibilitet ☐ CAVE fra FM ☐ Penicillin ☐ Lokalbedøvelse ☐ Pollen ☐ Matvarer ☐ Nikkel ☐ Latex ☐ Annet ☐ Cave Munn/tenner ☐ Blødn. i tannkjøttet ☐ Dårlig ånde ☐ Ofte sår i munnen ☐ Munntørhet ☐ Tannngissing ☐ Ømme tyggemuskler ☐ Fingersuger ☐ Munnpuster ☐ Annet	Medikamentbruk Medisinsk behandling ☐ Medisinsk behandling siste to år Pas. oppfatning av egen helse ☐ God ☐ Middels ☐ Dårlig Gravid - termin Fastlegens navn Besøksgrunn
		Siste tannbehandling Fastlegens HPR nr

Utfyllende informasjon

(spesielle behov ved tannlegebesøk, hjelpemidler, heis, transport, tolk eller annen tilrettelegging)