

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

Innmeldingsskjema for personer i institusjon eller som mottar somatiske eller psykiatriske helsetjenester i form av sykepleie i hjemmet

Innmeldingsskjema gjelder for personer som:

- Er innlagt i institusjon i spesialisthelsetjenesten med opphold i minst tre måneder
- Er innlagt i kommunal institusjon med vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven [§ 3-2 pkt. 6 bokstav c](#)
- Som har vedtak om helsetjenester i hjemmet etter helse- og omsorgstjenesteloven [§ 3-2 nr. 6 bokstav a](#) (dersom tjenestene som mottas er å anse som hjemmesykepleie)

Les mer utfyllende om regelverket [her](#).

Kommunehelsetjenesten/spesialisthelsetjenesten skal bistå pasienten med å fylle ut henvisningsskjemaet som sikrer rett til gratis tannhelsetilbud i Den offentlige tannhelsetjenesten. Skjemaet vil bli behandlet som sensitive personopplysninger, og vil bli arkivert i elektronisk pasientjournal. Papirskjema vil bli makulert etter overføring til elektronisk pasientjournal. Utfylt skjema sendes til tilsynsklinikken.

Sett kryss:

- ☐ 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 er innlagt i kommunal institusjon med vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 pkt. 6 bokstav c
- ☐ Jeg har vedtak om helsetjenester i hjemmet etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 bokstav a
- ☐ Jeg er innlagt i institusjon i spesialisthelsetjenesten
- ☐ Jeg samtykker til gratis SMS-påminnelse om timeavtale
- ☐ Jeg samtykker til at kontaktperson mottar innkalling til timeavtale på SMS

Underskrift tjenestemottaker/verge: _____

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

Opplysninger om tjenestemottaker og primærkontakt/nærmeste pårørende

Fyll ut med blokkbokstaver

For- og etternavn:													
Fødselsnummer: (11 siffer)													
Mobilnummer:													
Adresse og gatenummer:													
Postnummer og -sted:													
Fastlege:													
Institusjonens navn og avdeling/etg./rom.nr.: (kun ved innleggelse i institusjon)													
I stand til å benytte kollektivtransport: (Ja/nei)													
Annet (eks. rullestolbruker, nødvendig med løfteheis, behov for tolk):													
Ønsket tidspunkt for time på tannklinikk:													
Har pasienten samtykkekompetanse (Ja/nei):													
Er det fattet tvangsvedtak etter lov om pasientrettigheter, kap. 4A (Ja/nei):													
Primærkontakt i tjenesten:													
Telefon primærkontakt i tjenesten:													
Nærmeste pårørende/verge:													
Telefon nærmeste pårørende/verge:													

Bekreftelse fra innmelder i kommunal tjeneste

Fyll ut med blokkbokstaver

Jeg bekrefter at tjenestemottaker har vedtak som oppfyller kriterier om rett på gratis tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten.

Vedtaksdato:				
Vedtak gyldig til og med dato:				
Varighet av innleggelse i institusjon	Fra og med dato:		Til og med dato:	
Underskrift og stempel fra innmelder:				

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

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
- ☐ Sykenusbehandling/narino
- ☐ Behandling i utlandet
- ☐ Nyresvikt
- ☐ Demens
- ☐ Uten anmerking

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
- ☐ Tanngnissing
- ☐ Ømme tyggemusklr
- ☐ Fingersuger
- ☐ Munnpuster
- ☐ Annet

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

Utfyllende informasjon

(Spesifisering av diagnoser nevnt over)

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