

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

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

<p>Generell informasjon</p> <input type="checkbox"/> Hjerte/karsykdommer <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Immunitets sykdommer <input type="checkbox"/> Hepatitt <input type="checkbox"/> Giktfeber <input type="checkbox"/> Problemer med bihulene <input type="checkbox"/> Psykiske lidelser <input type="checkbox"/> Strålebeh. i hodehals <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"/> Snuser <input type="checkbox"/> Bisfosfonater <input type="checkbox"/> Sykenusbehandling i utlandet <input type="checkbox"/> Nyresvikt <input type="checkbox"/> Demens <input type="checkbox"/> Uten anmerking	<p>Diverse</p> <input type="checkbox"/> Nedsatt syn <input type="checkbox"/> Nedsatt hørsel <input type="checkbox"/> Nedsatt taleevne <input type="checkbox"/> Nedsatt førlighet <hr/> <p>Allergi/oversensibilitet</p> <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 <input type="checkbox"/> Cave <hr/> <p>Munn/tenner</p> <input type="checkbox"/> Blødn. i tannkjøttet <input type="checkbox"/> Dårlig ånde <input type="checkbox"/> Ofte sår i munnen <input type="checkbox"/> Munnørighet <input type="checkbox"/> Tanngnissing <input type="checkbox"/> Ømme tyggemuskler <input type="checkbox"/> Fingersuger <input type="checkbox"/> Munnpuster <input type="checkbox"/> Annet	<p>Medikamentbruk</p> <hr/> <p>Medisinsk behandling</p> <input type="checkbox"/> Medisinsk behandling siste to år <hr/> <p>Pas. oppfatning av egen helse</p> <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Dårlig <hr/> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Gravid - termin</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Siste tannbehandling</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Fastlegens navn</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Fastlegens HPR nr</td> </tr> </table> <hr/> <p>Besøksgrunn</p>	Gravid - termin	Siste tannbehandling	Fastlegens navn	Fastlegens HPR nr
Gravid - termin	Siste tannbehandling					
Fastlegens navn	Fastlegens HPR nr					

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.