



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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
- Nei, jeg ønsker ikke å benytte meg av tilbudet (personen har når som helst på et senere tidspunkt rett til å akseptere tilbudet og motta gratis tannbehandling. Da må nytt innmeldingsskjema sendes tilsynsklinikken.)
- 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) | |
| 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

| | | |
|---|--|---|
| <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"/> 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 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"/> Syknerusbehandling/tannbehandling i utlandet <input type="checkbox"/> Nyresvikt <input type="checkbox"/> Demens <input type="checkbox"/> Uten anmerkning | <p>Diverse</p> <input type="checkbox"/> Nedsatt syn <input type="checkbox"/> Nedsatt hørsel <input type="checkbox"/> Nedsatt taleevne <input type="checkbox"/> Nedsatt førighet <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 <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"/> Munntørhet <input type="checkbox"/> Tannngissing <input type="checkbox"/> Ømme tyggemuskl. er <input type="checkbox"/> Fingersuger <input type="checkbox"/> Munnpuster <input type="checkbox"/> Annet | <p>Medikamentbruk</p> <p>Medisinsk behandling</p> <input type="checkbox"/> Medisinsk behandling siste to år <p>Pas. oppfatning av egen helse</p> <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Dårlig <p>Gravid - termin</p> <p>Fastlegens navn</p> <p>Besøksgrunn</p> |
| | | <p>Siste tannbehandling</p> <p>Fastlegens HPR nr</p> |

Utfyllende informasjon

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