

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

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)

Rettingen til nødvendig tannhelsehjelp gjelder når institusjonsoppholdet eller hjemmesykepleien fra kommunen har vart, eller er ment å vare, i tre måneder eller mer. Når vedtaket er under 3 måneder, har pasienten kun rett til akutt behandling. Akutt behandling defineres som behandling som ikke kan utsettes, eksempelvis på grunn av sterke smerter eller akutte infeksjoner.

Når pasienten mottar tjenester i form av hjemmesykepleie, må kommunen gi hjemmesykepleie minst én gang i uken for at pasienten skal ha rett til å få nødvendig tannhelsehjelp.

Hvis hjemmesykepleien gis med velferdsteknologi, for eksempel med en elektronisk medisindispenser, er regelmessighetskravet oppfylt når man vurderer at pasienten ville ha fått besøk av en ansatt i hjemmetjenesten minst én gang i uken hvis man hadde gitt tjenester på den tradisjonelle måten.

Begrepet «institusjon» omfatter alle kommunale eller statlige helseinstitusjoner, samt private helseinstitusjoner som har avtale med kommune eller regionalt helseforetak. Poliklinisk behandling som ikke medfører innleggelse i institusjon, faller utenfor bestemmelsen. Med hjemmesykepleie menes helsetjenester i hjemmet i form av lettere behandling, sårbehandling, legemiddelhåndtering, psykiatrisk sykepleie mv. Hjemmesykepleie tar utgangspunkt i pasientens hjem. Med hjem menes også omsorgsbolig, bofellesskap, trygdebolig og andre private eller kommunale tilpassede boliger som ikke er institusjon. Det er ikke et absolutt krav at tjenesten utføres innendørs i pasientens hjem, men tjenesten må ta utgangspunkt i hjemmet. Helsetjenester som tilbys utenfor pasientens hjem, eller som pasienten oppsøker selv, omfattes ikke. Dette innebærer at tjenester som ytes ved hjelp av ACT/FACT-team og lignende ambulerende tjeneste alene ikke gir rettigheter til tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten.

Kommunen/institusjonen 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 ønsker ikke å benytte meg av tilbudet
- 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 <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"/> Sykdomsbehandling/tannbehandling i utlandet <input type="checkbox"/> Nyresvikt <input type="checkbox"/> Demens <input type="checkbox"/> Uten anmerkning	Diverse <input type="checkbox"/> Nedsatt syn <input type="checkbox"/> Nedsatt hørsel <input type="checkbox"/> Nedsatt taleevne <input type="checkbox"/> Nedsatt førighet Allergi/oversensibilitet <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 Munn/tenner <input type="checkbox"/> Blødn. i tannkjøttet <input type="checkbox"/> Dårlig ånde <input type="checkbox"/> Ofte sår i munnen <input type="checkbox"/> Munn tørhet <input type="checkbox"/> Tannngissing <input type="checkbox"/> Ømme tyggemuskl. <input type="checkbox"/> Fingersuger <input type="checkbox"/> Munnpuster <input type="checkbox"/> Annet	Medikamentbruk Medisinsk behandling <input type="checkbox"/> Medisinsk behandling siste to år Pas. oppfatning av egen helse <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Dårlig <table border="1"> <tr> <td>Gravid - termin</td> <td>Siste tannbehandling</td> </tr> <tr> <td>Fastlegens navn</td> <td>Fastlegens HPR nr</td> </tr> </table> Besøksgrunn	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.