



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

Innmeldingsskjema for pasienter med ruslidelser

Innmeldingsskjema gjelder for pasienter som:

- Er under [legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\)](#)
- Mottar tjenester etter hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven [§ 3-2 første ledd nr. 6, bokstav a-c](#) og/eller [§ 3-6 nr. 2](#)
- Er innlagt i statlig rusinstitusjon

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

Rusomsorgen/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 eller til privatpraktiserende tannlege som har avtale med Nordland fylkeskommune.

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 mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav a-c og/eller § 3-6 nr. 2
- Jeg er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
- Jeg er innlagt i statlig rusinstitusjon
- Jeg samtykker til gratis SMS-påminnelse om timeavtale
- Jeg samtykker til at kontaktperson mottar innkalling til timeavtale på SMS

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.

Pasientens fødsels- og personnummer

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

Opplysninger om pasienten

Fyll ut med blokkbokstaver

For- og etternavn:	
Fødselsnummer: (11 siffer)	
Mobilnummer:	
Adresse og gatenummer:	
Postnummer og poststed:	
Fastlege:	
Institusjonens navn: (kun ved innleggelse)	
Ønsket tidspunkt for time på tannklinikk:	
Kontaktperson:	
Mobilnummer kontaktperson:	
Underskrift:	

Bekreftelse fra innmelder

Fyll ut med blokkbokstaver

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

Vedtaksdato:	
Vedtak gyldig til og med dato:	
Kommune/etat:	
Underskrift og stempel fra innmelder/etat:	

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

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"/> Sykdomsbehandling/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"/> Munn tørhet <input type="checkbox"/> Tannngissing <input type="checkbox"/> Ømme tyggemusklene <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 Siste tannbehandling</p> <p>Fastlegens navn Fastlegens HPR nr</p> <p>Besøksgrunn</p>
---	--	---

Utfyllende informasjon

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