



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

Innmeldingsskjema for personer med rusmiddelavhengighet

Personer med rusmiddelavhengighet har rett til nødvendig tannhelsehjelp i det fylket de oppholder seg i, når de på grunn av rusmiddelavhengighet mottar et eller flere av disse tilbudene:

- Personlig assistanse
- Avlastningstiltak for pårørende
- Legemiddelassistert rehabilitering (LAR-behandling)

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 tilbud om personlig assistanse
- ☐ Jeg mottar tilbud om avlastningstiltak for pårørende
- ☐ Jeg mottar tilbud om legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
- ☐ 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)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
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:	

[illegible]

ASA-klassifisering: ☐ ASA 1 ☐ ASA 2 ☐ ASA 3 ☐ ASA 4 ☐ ASA 5

Underkjeve: ☐ Egne tenner ☐ Tannprotese

Generell informasjon ☐ Hjerte/karsykdommer ☐ Høyt blodtrykk ☐ Diabetes ☐ Epilepsi ☐ Immunitetssykdommer ☐ Hepatitt ☐ Giktfeber ☐ Problemer med bihulene ☐ Psykiske lidelser ☐ Strålebeh. i hode/hals ☐ Kosthold/diett ☐ Kompl. etter tannbehandling ☐ Røyker ☐ Astma ☐ Blødersykdom ☐ Spiseforstyrrelser ☐ HIV/AIDS ☐ Lungesykdom ☐ Hjerneslag ☐ Parkinsons ☐ Kreft ☐ Reumatisk sykdom ☐ Annet ☐ Bisfosfonater ☐ Sykemusbehandling/tannbehandling i utlandet ☐ Nyresvikt ☐ Snuser ☐ Demens ☐ Uten anmerkning	Diverse ☐ Nedsatt syn ☐ Nedsatt hørsel ☐ Nedsatt taleevne ☐ Nedsatt førlighet Allergi/oversensibilitet ☐ CAVE fra SFM ☐ Penicillin ☐ Lokalbedøvelse ☐ Pollen ☐ Matvarer ☐ Nikkel ☐ Latex ☐ Annet ☐ Cave Munn/tenner ☐ Blødn. i tannkjøttet ☐ Dårlig ånde ☐ Ofte sår i munnen ☐ Munntørhet ☐ Tanngnissing ☐ Ømme tyggemuskl. ☐ 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
---	---	---

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

--