



Tilbudsskjema (e1)

Bekreftelse på at bruker har krav på tilbud om gratis tannbehandling pga rusmiddelavhengighet.
Fylles ut av saksbehandler i kommunal rusomsorg/psykiatritjenesten/NAV.

Viktig: Legg ved liste over medisinbruk.

Jeg samtykker at tannhelsetjenesten kan innhente informasjon om helsetilstanden min og medisinbruk da dette kan ha betydning for tannhelsen og tannbehandlingen.

Sett kryss i riktig rute:

Vedtak om tjenester etter Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav b.
Minst 3 måneder.

Bekreftelse på at pasienten er i legemiddelassistert rusbehandling (LAR).

Bekreftelse på at pasienten er innlagt på
institusjon for rusmiddelavhengige (godkjent av
Helse Nord HF). Minst 3 måneder.

Fra dato

Til dato

Hvis ingen sluttdato, må brukeren få ny bekreftelse til neste behandlingsperiode.

INFORMASJON PASIENT

Navn

Fødselsnummer

Telefon

Adresse

Postnummer/-sted

INFORMASJON KONTAKTPERSON

Kontaktperson i kommunen

Telefonnummer kontaktperson

Signatur/stempel

BEHOV FOR FØLGE

Har brukeren behov for følge? Ja Nei

Hvis ja sendes kopi av innkallingen til kontaktperson som har ansvar for at brukeren får følge til tannklinikken.

Kontaktperson

Telefon kontaktperson

Skal innkalling gå gjennom kontaktperson? Ja Nei Begge

BARN

Har brukeren omsorg for barn? Ja Nei

Ønskes tettere oppfølging fra tannhelsetjenesten? Ja Nei

Barnas navn og fødselsdato

Husk samtykkeskjema!