



Behandlingsbegäran

Insändes till patientens nuvarande klinik

Behandlande tandläkare:	Telefon:
Klinikens namn:	E-mail:
Klinikens adress:	
Postnummer:	Ort:

Patientens personnummer (12 siffror):	Telefon:
Patientens namn:	
Patientens adress:	
Patientens postnummer:	Ort:

Patienten önskar fullständig tandvård hos mig enligt "Ramavtal för privat tandvård till barn och unga i Värmland" samt "Riktlinjer för barn- och ungdomstandvård i Värmland"

Ny patient
(skickas till avlämnande
folktandvårdsklinik)

Förnyelse av behandlingsbegäran (vid byte av behandlande tandläkare)
(skickas till avlämnande folktandvårdsklinik)

Byte till Tandläkare: _____
Underskrift och namnförtydligande

Patienten har samtyckt till överföring av journalhandlingar.

Datum:

Ort:

Datum:

Ort:

.....
Behandlande tandläkares underskrift

.....
Myndig patient eller målsman för ovanstående patient

Ifylles av avlämnande klinik

Behandlingen påbörjad:

Journalkopior bifogas

Översänds vid årsskiftet
Eller enligt överenskommelse

Journal finns ej

Röntgenbilder bifogas

Översänds vid årsskiftet
Eller enligt överenskommelse

Röntgenbilder finns ej

Klinikens stämpel:

.....
Datum

.....
Namnteckning