

Val/byte av tandvårdsmottagning

Uppgifter om dig som väljer

| | | |
|--|--|---------------|
| Namn | Personnummer | |
| Adress | Postnummer, ort | Telefonnummer |
| Jag väljer denna tandvårdsmottagning, ange | Jag tillhörde tidigare denna tandvårdsmottagning, ange | |

Jag godkänner att barnets/mina uppgifter registreras i en databas för att administrera val av tandvårdsmottagningar. Jag tillåter att journalkopior, röntgenbilder och eventuella studiemodeller skickas till vald tandvårdsmottagning. För barn under 18 år ska målsman skriva under blanketten. Vid gemensam vårdnad behövs underskrift av båda vårdnadshavarna.

| | |
|---|-------|
| Patientens underskrift/vårdnadshavarens underskrift | Datum |
| Vårdnadshavarens underskrift | Datum |

Vart skickar jag blanketten?

Skicka/lämna denna valblankett till den tandvårdsmottagning du valt. Information om barn- och ungdomstandvård samt valbara tandvårdsmottagningar finner du på www.regionjh.se/Tandvård

Tandvårdens/vårdgivarens del att fylla i

Jag åtar mig att ge ovanstående patient fullständig allmäntandvård och förbinder mig att följa Region Jämtland Härjedalens anvisningar och riktlinjer angående barn- och ungdomstandvård.

| | | |
|---------------------------------|-----------------|---------------|
| Vårdgivarens underskrift | Datum | |
| Namnförtydligande/klinikstämpel | Org.nr | Telefonnummer |
| Adress | Postnummer, ort | |

Undertecknad önskar få kopior på ovanstående patients uppgifter, från tidigare vårdgivares journalhandlingar. Ange med kryss.

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Samtliga journaluppgifter |
| <input type="checkbox"/> | Journaluppgifter för behandlingsperioden (fr.o.m. - t.o.m.) _____ |
| <input type="checkbox"/> | Röntgenkopior för behandlingsperioden (fr.o.m. - t.o.m.) _____ |
| <input type="checkbox"/> | Önskar hämta kopior |
| <input type="checkbox"/> | Önskar få kopior skickade per post |
| <input type="checkbox"/> | Annat överföringssätt (om möjligt) ange vilket; _____ |

Övertagande vårdgivare ansvarar för att skicka/lämna en kopia av blanketten till;

- den tidigare ansvariga tandvårdsmottagningen
- Beställarenheten, hus 3 plan 3, Box 654, 831 27 Östersund