

**Behandlingen avser behandling enligt**

Nödvändig tandvård enl 8a § TvL kategori N (förklaringar nedan)												Barn			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4									<input type="checkbox"/>			
Tandvård som ett led i sjukdomsbehandling under begränsad tid. SFS 1998:1338, 3, 4, 6, 7 §§ (förklaringar nedan)															
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 15			
Vårdgivaruppgifter								Personnummer							
TDL								Namn							
Adress															
Telefon / E-post															
Kompletterande upplysningar, motiveringar															

**Planerade åtgärder ange åtgärds-koder – Uppge saknade tänder**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Bastandvård				Protetik/Tandreglering				Ädel och gjutmetaller				*Beräknat totalkostnad enligt gällande prislista			

\*Ersättning utbetalas endast enligt referensprislista

**Bifogat material**

<input type="checkbox"/> Röntgenbilder <input type="checkbox"/> Journalutdrag <input type="checkbox"/> Hälsodeklaration <input type="checkbox"/> Studiemodeller		
<input type="checkbox"/> Medicinlista <input type="checkbox"/> Remisser/övr. intyg <input type="checkbox"/> Kopia av intyg om nödvändig tandvård		
Behandlarens namnteckning	Namnförtydligande	Datum

<input type="checkbox"/> Faktura avseende ovan specificerade åtgärder kommer ej att godkännas
<input type="checkbox"/> Faktura avseende ovan specificerade åtgärder kommer att godkännas med begränsningar
<input type="checkbox"/> Faktura avseende ovan specificerade åtgärder kommer att godkännas

Beställarens namnteckning	Datum (Behandlingen ska vara avslutad inom ett år från detta datum)
---------------------------	---

## 1. Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård

- 1 Personer som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen.
- 2 Personer som får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).
- 3 Personer som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.
- 4 Personer som är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård, omsorg eller service om personer som omfattas av punkterna 1-3.

## 2. Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid

- 1 Behandling till följd av missbildning i käkområdet eller ansiktet.
- 2 Behandling av defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet.
- 3 Behandling av tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall.
- 4 Behandling av patienter som skall genomgå kirurgiska ingrepp där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav.
- 5 Behandling av patienter som på grund av sjukdom, medicinering eller ett allmänt nedsatt immunförsvar har fått förändringar i munslemhinnan.
- 6 Utredning, där det finns misstanke om ett odontologiskt samband med patientens grundsjukdom.
- 7 Behandling av patienter som genomgår strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen.
- 8 Behandling av patienter med svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen (orofaciala smärtsyndrom).
- 9 Behandling av patienter med allvarlig sömnapné.
- 10 Behandling av extremt tandvårdsrädda patienter.
- 11 Utbyte av tandfyllningar på grund av avvikande reaktioner.
- 12 Utbyte av tandfyllningar på grund av långvariga sjukdomssymtom.
- 15 Behandling av frätskador på tänderna p g a anorexia nervosa, bulimia nervosa eller gastroesofageal refluxsjukdom på patienter som är medicinskt rehabiliterade.