



Begäran om förhandsbedömning

Höstkostnadsskydd Protetik barntandvård

Vårdgivaruppgifter Namn: Adress: Ort: Telefonnummer:	Patientuppgifter Personnummer: Namn:
Anamnes, Terapi Allmänna anamnestiska uppgifter såsom patientens medicinska och sociala förhållanden samt förmåga att tillgodogöra sig vården. Patientens subjektiva värdering av aktuell situation. Beskrivning och motivering till föreslagen terapi enl. bifogat kostnadsförslag. Värdering, motivering samt prognosbedömning av föreslagen behandling relaterat till alternativa lösningar.	

Överkäke																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	ÖK
Fg. tandvård Relevant för ärendet																	
Vald planerad behandling																	
Underkäke																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	UK
Fg. tandvård Relevant för ärendet																	
Vald planerad behandling																	
Övriga åtgärder:																	
Bifogade handlingar									Bilagor som skickas med post								
<input type="checkbox"/> hälsodeklaration <input type="checkbox"/> aktuellt status (inkl. föregående tandvård och parodstatus) <input type="checkbox"/> *röntgenbilder (FTV Dalarna behöver ej bifoga rtg) <input type="checkbox"/> *kostnadsförslag enl. gällande <input type="checkbox"/> taxa foton kopia på remiss <input type="checkbox"/> kopia på läkarintyg <input type="checkbox"/> övrigt *=obligatorisk									<input type="checkbox"/> modeller <input type="checkbox"/> analoga röntgenbilder <input type="checkbox"/> foton <input type="checkbox"/> övrigt								
Datum:																	
Förhandsbedömningen har skrivits av:																	