

Anmälan om övertagande av vårdansvar vid barn- och ungdomstandvård

Patient

Namn:	Personnummer:
Adress 1:	Adress 2:
Postnr 1: Ort 1:	Postnr 2: Ort 2:
Tel 1:	Tel 2:
E-post 1:	E-post 2:

Jag lämnar mitt tillstånd till att kopior av eventuella journalhandlingar samt röntgenbilder, foton och studiemodeller, som lån, översänds till nedanstående tandläkare.

Namnteckning/Myndig patient eller målsman för ovanstående patient

Härmed meddelas att jag övertar ansvaret för denna patients tandvård enligt det ramavtal som är tecknat mellan Privattandläkarföreningen i Dalarna och Landstinget Dalarna.

Jag förbinder mig att följa de regler och riktlinjer som där angivits.

Tandläkare

Namnteckning	Datum
Namn i klartext/stämpel	Adress/stämpel

Dokumentet skickas i två ex till befolkningsansvarig Folktandvårdsklinik för registrering av ny ansvarig vårdgivare: