

Överflyttning av patienter med frisktandvårdsavtal inom Folktandvården Sverige

Personnr: -

Namn:

Adress som patienten vill bli kontaktad på:

Tel.nr:

Mobil:

E-mail:

Patienten flyttar:

har flyttat

ÅÅÅÅ-MM-DD

ÅÅÅÅ-MM-DD

Innevarande avtalsperiod från:

till:

ÅÅÅÅ-MM-DD

ÅÅÅÅ-MM-DD

VÅRDPLANERING:

Planerad rev. undersökning:

Till yrkeskategori:

ÅÅÅÅ-MM

tandläkare

tandhygienist

Ev stödbesök:

Till yrkeskategori:

ÅÅÅÅ-MM

tandläkare

tandhygienist

tandsköterska

Planerad behandling:

Ev. kvarvarande behandling:

Till yrkeskategori:

ÅÅÅÅ-MM

tandläkare

tandhygienist

tandsköterska

Kvarvarande behandling:

Övrig information:

Adress till avlämnande klinik:

Faktureringsadress:

Denna del används ENDAST vid behov av uppsägning innan avtalsperiodens slut

Uppsägande part:

Patienten
Mottagande klinik/organisation
Avlämnande klinik/organisation

Uppsägningsdatum:

ÅÅÅÅ-MM-DD

Sändes till kansli/huvudkontor. Adress: se www.folktandvarden.se