VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Begäran om förhandsbedömning – asyltandvård

Tandvård till asylsökande eller person som vistas i Sverige utan tillstånd

☐ **Asylsökande**
LMA-nummer: ……..……..
LMA – giltighetstid: ……..……..……

☐ **Person som vistas i Sverige utan tillstånd**

☐ Ny begäran ☐ Ändring
☐ Omprövning ☐ Komplettering

☐ Förhandsbedömningsnummer:
……..……

Tandvårdssamordning anger

Ankomstdatum: ……

Förhandsbedömningsnummer vid ny begäran: ……..……

Vårdgivaruppgifter

Tandläkare:
……
Klinik:
……
Adress:
……
Postnr och -ort:
……
Telefon:
……

Patientuppgifter

Födelseår-månad-dag
XXXX-XX-XX……..……
Samordningsnr – anges av FTV
……..……
Namn:
……..……
Adress:
……..……
Postnr och -ort:
……..……

Tanduppgifter

Tand	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
Föreg. tandv.																																
Karies																																
Parod-status																																

Anamnes, sjukdomsbeskrivning, medicinsk bedömning, behandlingsplan och prognos – bifoga bilaga vid behov

Kort beskrivning av redan utförd vård innehavande kalenderår – samt kostnad för hittills utförd vård:

Planerad insats – ange åtgärdsnummer och pris

ÖK	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Åtgärder																
Pris																
UK	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Åtgärder																
Pris																

Bifogat material: ☐ Röntgen ☐ Foto ☐ Modeller ☐ Kopia av kostnadsförslag

Kostnadsberäkning för den planerade vården: ……

Datum & ort: ……

Skicka blankettens båda sidor till:
Tandvårdssamordning, Regionens Hus, 405 44 GÖTEBORG

……..……
Behandlarens underskrift:

Tandvårdssamordning beslut

Behandlande tandläkarens yttrande ☐ Tillstyrks ☐ Avstyrks

☐ Faktura avseende förhandsbedömd behandling och kostnad kommer att godkännas

☐ Faktura avseende förhandsbedömd behandling och kostnad kommer att godkännas med ändring, se nedan

☐ Faktura avseende förhandsbedömd behandling och kostnad kommer inte att godkännas, se nedan

---

Kommentar nedan eller enligt bilaga ☐ Bilaga

Datum: Handlingar åter (datum & signatur)

…… ……..

……

Underskrift Namnförtydligande

Bedömningstandläkare

Tandvårdssamordning

Koncernkontoret