

Läkartyg för intyg om N-tandvård vid privat ansökan

Patientens namn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort

Medicinsk diagnos och sjukdomsdebut

Mediciner – läkemedelsförteckning eller APO-doslista kan bifogas

I Fysiskt funktionshinder

a) Går själv

Ja

Nej

b) Går med stöd

Ja

Nej

c) Rullstolsburen

Ja Beskriv

Nej

d) Klarar dusch och personlig hygien själv

Ja Beskriv flytt från rullstol till säng

Nej

e) Klarar på- och avklädning själv

Ja

Nej Beskriv hjälpbehovet

f) Pares

Ja

Nej Beskriv hjälpbehovet

Ja Beskriv omfattning

Nej

Sammanfattande beskrivning

Läkarintyg för intyg om N-tandvård vid privat ansökan

Patientens namn	Personnummer
-----------------	--------------

- 2 Psykiskt/kognitivt funktionshinder**
- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | | Nej | <input type="checkbox"/> | |
| a) Kognitivt funktionshinder | Ja | <input type="checkbox"/> | Beskriv omfattning | Nej | <input type="checkbox"/> |
| b) Begränsad verklighetsuppfattning | Ja | <input type="checkbox"/> | | Nej | <input type="checkbox"/> |
| c) Minnesstörningar | Ja | <input type="checkbox"/> | | Nej | <input type="checkbox"/> |
| d) Bristande sjukdomsinsikt | Ja | <input type="checkbox"/> | | Nej | <input type="checkbox"/> |
| e) Har god man/förvaltare | Ja | <input type="checkbox"/> | | Nej | <input type="checkbox"/> |
| f) Planerar och genomför dagliga aktiviteter | Ja | <input type="checkbox"/> | | Nej | <input type="checkbox"/> |
- Beskriv svårigheterna

Sammanfattande beskrivning

- 3 Stödinsatser**
- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | | Nej | <input type="checkbox"/> | |
| a) Hemtjänst | Ja | <input type="checkbox"/> | Beskriv omfattning och insatser | Nej | <input type="checkbox"/> |
| b) Hemsjukvård | Ja | <input type="checkbox"/> | Beskriv omfattning och insatser | Nej | <input type="checkbox"/> |
| c) Stöd av annan person | Ja | <input type="checkbox"/> | Beskriv omfattning och insatser | Nej | <input type="checkbox"/> |
| d) LSS-insats | Ja | <input type="checkbox"/> | | Nej | <input type="checkbox"/> |
| e) Står till arbetsmarknadens förfogande | Ja | <input type="checkbox"/> | | Nej | <input type="checkbox"/> |
| f) Boendeform | Ordinärt boende | <input type="checkbox"/> | Särskilt boende | <input type="checkbox"/> | |

Sammanfattande beskrivning

Underskrift – läkare	Datum
Namnförtydligande	Telefon
Mottagning och adress	e-postadress

Skicka blanketten till: Västra Götalandsregionen
Tandvårdssamordning
Koncernkontoret
Regionens Hus
405 44 GÖTEBORG