

Läkarintyg för intyg om Nödvändig tandvård

Blanketten gäller för patienter med skyddad id eller för patienter som bor i Västra Götalandsregionen men som har sin vårdgivare utanför VGR

Patientens namn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort

Medicinsk diagnos och sjukdomsdebut

Mediciner – läkemedelsförteckning eller APO-doslista kan bifogas

1 Fysiskt funktionshinder

- | | | |
|--|---|---|
| a) Går själv | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| b) Går med stöd | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| c) Rullstolsburen | Ja <input type="checkbox"/> Beskriv | Nej <input type="checkbox"/> |
| d) Klarar dusch och personlig hygien själv | Ja <input type="checkbox"/> Beskriv flytt från rullstol till säng | Nej <input type="checkbox"/> |
| e) Klarar på- och avklädning själv | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> Beskriv hjälpbehovet |
| f) Pares | Ja <input type="checkbox"/> Beskriv omfattning | Nej <input type="checkbox"/> Beskriv hjälpbehovet |

Sammanfattande beskrivning

Läkarintyg för intyg om Nödvändig tandvård

sida 2 (2)

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

2 Psyiskt/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