Landstinget i Kalmar Län

Anmälan om övertagande av barnpatient

Ifylles av den klinik som barnet skall överföras till

(stämpel, även kopior)

Sekel | Personnummer

Klinik Tandläkarvillan Namn

Namn Tandl. Omar Azar

Adress Norra Strandvägen 49, 59334 VÄSTERVIK

Telefon 0490-10805

Härmed meddelas att jag övertar ansvaret för denna patients tandvård enligt de riktlinjer som angivits i det avtal som jag har tecknat och som reglerar samarbetet med Landstinget i Kalmar län.

Västervik ....
Ort | Datum | Tandläkarens namnteckning

Jag lämnar mitt tillstånd till att journal, röntgenbilder samt eventuella studiemodeller, som lån, översändes till ovanstående tandläkare.

....
Ort | Datum | Målsmans/patientens namnteckning

När ovanstående information är ifylld översänds anmälan till den klinik som barnet lämnar

Ifylles av den klinik som barnet lämnar

Datum för senaste fullständiga behandling: _____

Kliniken avstår innevarande periods barntandvårdspeng = ansvar och ersättning övergår direkt till ny vårdgivare ☐

Tidigaste datum för nästa barntandvårdsersättning: _____ (normalt ett år efter datum för fullständig behandling)

Nedanstående handlingar översändes direkt till barnets nya klinik

Journalkopia :	Bifogas ☐	Översänds vid behandlingsperiodens slut	☐	Finns ej	☐
Röntgenbilder:	Bifogas ☐	Översänds vid behandlingsperiodens slut	☐	Finns ej	☐
Annat bifogas, se nedan	☐				

Kompletterande uppgifter

Tandvårdsklinik Namn Adress Telefon	Beställarenhetens anteckningar Original och kopia* avsända till resp klinik Sign
Datum / Namnteckning Namnförtydligande	

När alla uppgifter är ifyllda insänds anmälan utan dröjsmål till Beställarenheten för tandvård, Box 601, 391 26 Kalmar.
Andra handlingar sändes direkt till den nya kliniken

* Original till den klinik barnet lämnar, kopia till mottagande klinik samt kopia till Beställarenheten för tandvård

Art nr 48916

Landstinget i Kalmar Län

Anmälan om övertagande av barnpatient

Ifylles av den klinik som barnet skall överföras till

(stämpel, även kopior)

Sekel | Personnummer

Klinik Tandläkarvillan Namn

Namn Tandl. Leila Doghramechi

Adress Norra Strandvägen 49, 59334 VÄSTERVIK

Telefon 0490-10805

Härmed meddelas att jag övertar ansvaret för denna patients tandvård enligt de riktlinjer som angivits i det avtal som jag har tecknat och som reglerar samarbetet med Landstinget i Kalmar län.

Västervik ....
Ort | Datum | Tandläkarens namnteckning

Jag lämnar mitt tillstånd till att journal, röntgenbilder samt eventuella studiemodeller, som lån, översändes till ovanstående tandläkare.

....
Ort | Datum | Målsmans/patientens namnteckning

När ovanstående information är ifylld översänds anmälan till den klinik som barnet lämnar

Ifylles av den klinik som barnet lämnar

Datum för senaste fullständiga behandling: _____

Kliniken avstår innevarande periods barntandvårdspeng = ansvar och ersättning övergår direkt till ny vårdgivare ☐

Tidigaste datum för nästa barntandvårdsersättning: _____ (normalt ett år efter datum för fullständig behandling)

Nedanstående handlingar översändes direkt till barnets nya klinik

Journalkopia :	Bifogas ☐	Översänds vid behandlingsperiodens slut	☐	Finns ej	☐
Röntgenbilder:	Bifogas ☐	Översänds vid behandlingsperiodens slut	☐	Finns ej	☐
Annat bifogas, se nedan	☐				

Kompletterande uppgifter

Tandvårdsklinik Namn Adress Telefon	Beställarenhetens anteckningar Original och kopia* avsända till resp klinik Sign
Datum / Namnteckning Namnförtydligande	

När alla uppgifter är ifyllda insänds anmälan utan dröjsmål till Beställarenheten för tandvård, Box 601, 391 26 Kalmar.
Andra handlingar sändes direkt till den nya kliniken

* Original till den klinik barnet lämnar, kopia till mottagande klinik samt kopia till Beställarenheten för tandvård

Art nr 48916