

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 <input type="checkbox"/> Översänds vid behandlingsperiodens slut <input type="checkbox"/> Finns ej <input type="checkbox"/>	
Röntgenbilder: Bifogas <input type="checkbox"/> Översänds vid behandlingsperiodens slut <input type="checkbox"/> Finns ej <input type="checkbox"/>	
Annat bifogas, se nedan <input type="checkbox"/>	
Kompletterande uppgifter	
Tandvårdsklinik Namn Adress Telefon Datum Namnteckning	Beställarenhetens anteckningar Original och kopia* avsända till resp klinik _____ Sign
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