

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 <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	Beställarenhetens anteckningar
Namn	
Adress	Original och kopia* avsända till resp klinik
Telefon	
Datum	Sign _____
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