

Val/Byte av Tandvårdsmottagning

Barn- och ungdomstandvård 3-19 år

Uppgifter om dig som väljer

Namn	Personnummer	
Adress	Postnummer, ort	Telefonnummer
Jag väljer denna tandvårdsmottagning, ange	Jag tillhörde tidigare denna tandvårdsmottagning, ange	

Jag tillåter att journalkopior, röntgenbilder och eventuella studiemodeller skickas till vald tandvårdsmottagning. För barn under 18 år ska målsman skriva under blanketten. Vid gemensam vårdnad behövs underskrift av båda vårdnadshavarna.

Patientens underskrift/vårdnadshavarens underskrift	Datum
Vårdnadshavarens underskrift	Datum

De personuppgifter du lämnar kommer att lagras i det dataregister som används för att administrera val av tandvårdsmottagning. Om du vill veta mera om dina rättigheter som registreras se www.regionjh.se

Vart skickar jag blanketten?

Skicka/lämna denna valblankett till den tandvårdsmottagning du valt. Information om barn- och ungdomstandvård samt valbara tandvårdsmottagningar finner du på www.regionjh.se/Tandvård

Tandvårdens/Vårdgivarens del att fylla i

Jag åtar mig att ge ovanstående patient fullständig allmäntandvård och förbinder mig att följa Region Jämtland Härjedalens anvisningar och riktlinjer angående barn- och ungdomstandvård.

Vårdgivarens underskrift	Datum för övertag av patient
Namnförtydligande/klinikstämpel	Telefonnummer

Undertecknad önskar få kopior på ovanstående patients uppgifter, från tidigare vårdgivares journalhandlingar. Ange med kryss.

Journalanteckningar och röntgenkopior för behandlingsperioden (f.r.o.m – t.o.m).....
Önskar få kopior skickade per post eller annat överföringssätt (om möjligt)
Ange vilket.....

Övertagande vårdgivare ansvarar för att skicka/lämna en kopia av blanketten till;

* **den tidigare ansvariga tandvårdsmottagningen och**

* **Beställarenheten, hus 3 plan 3 Box 654, 831 27 Östersund**

* **Vid listning från FTV till FTV behöver du bara skicka blanketten till den "gamla" kliniken!**