#### Uppgifter om dig som väljer

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Personnummer |
| Adress  | Postnummer, ort | Telefonnummer |
| Jag väljer dennatandvårdsmottagning, ange | Jag tillhörde tidigare denna tandvårdsmottaning, 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****.*

|  |
| --- |
| ***Övertagande vårdgivare ansvarar för att*** |
| ***skicka/lämna en kopia av blanketten till;*** |
|  **\* *den tidigare ansvariga***  |
|  ***tandvårdmottagningen***  |
|  ***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!***

 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…………………………………………………………………………………………..