**Personnummer:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Namn:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Boende:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Erbjudande om munhälsobedömning och nödvändig tandvård**

|  |
| --- |
| Munhälsobedömningen är avgiftsfri och innebär att tandvårdspersonal besöker Dig och gör en förenklad undersökning av munhåla och tänder. De bedömer behovet av egenvård samt visar och instruerar Dig, och vid behov vårdpersonal, hur man på enklaste sätt kan sköta munvården. Du får också veta om Du bör besöka tandläkare eller tandhygienist för att få tandvård.Munhälsobedömningen görs en gång per år. Finns det behov av tandvård kan Du välja vilken tandläkare eller tandhygienist Du vill anlita. Patientavgiften för den nödvändiga tandvården är samma som i den öppna hälso- och sjukvården. Avgiften räknas in i sjukvårdens högkostnadsskydd.Även om du avstår från munhälsobedömning har Du rätt att få nödvändig tandvård utförd, med patientavgift som i öppen hälso- och sjukvård. Du kommer därför att få ett intyg som Du måste visa upp vid besök på tandvårdsmottagning, för att man där ska veta att Du har rätt till förmånen. Intyget utfärdas av Beställarenheten för tandvård hos Region Jämtland Härjedalen och skickas till Dig.**JA**, jag önskar hembesök för munhälsobedömning och medger att uppgifter om mitt hälsotillstånd och min medicinering får lämnas till tandvårdspersonalen. **NEJ**, jag avstår från hembesök för munhälsobedömning. |
| Datum | Underskrift (egen, anhörig eller god man) |
| **Kontaktperson inför hembesök i eget boende** (i förekommande fall) |
| Namn | Telefon |

**Underlag för intyg om nödvändig tandvård**

Ifylles av behörig intygsutfärdare [[1]](#footnote-2)

|  |  |
| --- | --- |
| Kategori **N1** **N2 N3** **N4** | Kommun |
| Vårdenhet alt. Hemtjänstgrupp eller liknande |
| Adress dit det färdiga intyget ska skickas |
| **Härmed intygas att ovanstående person uppfyller kraven för intyg om nödvändig tandvård** |
| Underskrift | Befattning |
| Namnförtydligande | Telefon |
| Mailadress |  |

1 **exempelvis enhetschef, sjuksköterska vid särskilda boenden, distriktssköterska**

**Biståndshandläggare, eller LSS-handläggare och som erhållit behörighet**

**Munhälsobedömning och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade**

**Vilka är förmånerna?**

1. Erbjudande om kostnadsfri munhälsobedömning med information och instruktion i munvård till individen och till den som hjälper till med omvårdnaden.

2. Nödvändig tandvård hos valfri vårdgivare till samma avgifter som i hälso- och sjukvårdens öppenvård. Avgifterna för tandvård räknas då in i högkostnadsskyddet.

**Vilka omfattas?**

De som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som:

1. kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),

2. får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård),

3. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Dessa personer är dock undantagna från regeln om omfattande vård- och omsorgsinsatser,

4. är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer enligt punkterna 1-2 ovan.

**När skall blanketten fyllas i?**

Blanketten bör fyllas i så snart individen är identifierad som berättigad till förmånerna.

**Vad skall fyllas i på blanketten?**

Alla delar i blanketten måste vara ifyllda även om den berättigade väljer att inte ta del av någon av förmånerna.

**Vart sänds blanketten?**

**Originalet med underskrifter** insändes till *Region Jämtland Härjedalen,* *Beställarenheten Tandvård, Box 654, 831 27 Östersund*. ***OBS! Gör en kopia av originalet, kopian behålles av uppgiftslämnaren.***

**Vad händer sedan?**

Den berättigade får ett personligt kort som skall tas med till tandvården. Man kan välja fritt för den nödvändiga tandvården. Den som valt munhälsobedömning blir kontaktad direkt av utföraren av uppsökande verksamhet som Region Jämtland Härjedalen har avtal med.

**Kan den berättigade ångra ett val?**

Ja, när som helst kan ett omval sändas till Region Jämtland Härjedalen.

**Vem svarar på frågor?**

Beställarenheten hos regionen:

**E-post:** bestallartandvard@regionjh.se

**Bedömningstandläkare** (övergripande frågor), tfn 063-14 75 02,

**Handläggare** (uppsökande verksamhet), tfn 063-14 76 19,

**Handläggare** (nödvändig tandvård), tfn 063-14 75 89,

1. [↑](#footnote-ref-2)