

## Vårdval Tandvård i Kalmar Län

### Blankett för auktorisationsansökan för allmäntandvård till barn, ungdomar och unga vuxna

Varje avtal avser ett och samma organisationsnummer. Om verksamheten bedrivs vid flera kliniker ska samtliga klinikers adress- och kontaktinformation m.m. anges nedan. Förteckna samtliga tandläkare som är verksamma på respektive klinik inklusive BG-/PG-nummer för varje tandläkare.

#### Leverantörsuppgifter:

Organisationsnummer:	Komplett företagsnamn:
Adress:	Firmatecknare:
Postnummer:	Kontaktperson:
e-postadress:	Telefon:

#### Klinik 1:

Namn:
Besöksadress:
Postadress:
Postnummer:
E-postadress:
Telefonnummer:
Verksamhetschef:
Klinikens BG/PG-nummer:

#### Klinik 2:

Namn:
Besöksadress:
Postadress:
Postnummer:
E-postadress:
Telefonnummer:
Verksamhetschef:
Klinikens BG/PG-nummer:

**Klinik 3:**

Namn:
Besöksadress:
Postadress:
Postnummer:
E-postadress:
Telefonnummer:
Verksamhetschef:
Klinikens BG/PG-nummer:

**Klinik 4:**

Namn:
Besöksadress:
Postadress:
Postnummer:
E-postadress:
Telefonnummer:
Verksamhetschef:
Klinikens BG/PG-nummer:

**Klinik 5:**

Namn:
Besöksadress:
Postadress:
Postnummer:
E-postadress:
Telefonnummer:
Verksamhetschef:
Klinikens BG/PG-nummer:

**Klinik 6:**

Namn:
Besöksadress:
Postadress:
Postnummer:
E-postadress:
Telefonnummer:
Verksamhetschef:
Klinikens BG/PG-nummer:

Tandläkare:	Klinik	BG-/PG-nummer:

	Uppfylls (sätt kryss)	Uppfylls inte (sätt kryss)	Svar/kommentar/hänvisning till annat dokument
<b>Vårdgivaren uppfyller kraven för att bedriva allmäntandvård till barn, ungdomar och unga vuxna i enlighet med Vårdval Tandvård i Kalmar Län specificerat i enlighet med Bilaga 1 till avtal om vårdval i Kalmar Län.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Uppdraget innebär bland annat följande viktiga åtaganden:</b>			
Skall följa målen för den individriktade tandvården för barn och unga samt erbjuda fullständig, regelbunden och avgiftsfri allmäntandvård till listade barn, ungdomar och unga vuxna 3-19 år enligt Bilaga 1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verksamheten ska bedrivas i enlighet med tandvårdslagen och socialstyrelsens föreskrifter samt utarbetade riktlinjer i Region Kalmar Län.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vården ska så långt som möjligt utformas i samråd med patienten och vårdnadshavaren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varje patient ska ha en ansvarig tandläkare som har det övergripande vårdansvaret.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Samverkan med andra vårdgivare ska bedrivas så att patienten upplever vården som en helhet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgivaren ska integrera ett hälsofrämjande och förebyggande synsätt och all vård ska ske utifrån patientens egna förutsättningar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
All behandling ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Riskbedömning och riskgruppering ska göras utefter aktuella riktlinjer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgivaren ska för att kunna ge en fullständig behandling ha ett nära och väl fungerande samarbete med hela specialisttandvården.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skall vid tillstånd som kräver specialistbedömning och/eller behandling konsultera specialisttandvård.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgivaren ska vid behov kunna erbjuda sina listade patienter akut tandvård.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgivaren ska vid misstanke om att barn far illa upprätta anmälan till socialtjänsten enligt regionens riktlinjer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgivaren ska följa rutinen för när barn, ungdomar och unga vuxna inte kommer till tandvården.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vårdgivaren ska följa av regionen anvisade listningsregler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgivaren åtar sig att arbeta enligt regionens miljöpolicy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgivaren ska vid ansökan om auktorisering ha utsett en namngiven verksamhetschef	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgivaren ska i enlighet med gällande lagar och förordningar föra patientjournaler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgivare ska minst erbjuda den tillgänglighet som fastställs i Bilaga 1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgivaren ska svara för att utrustningen och lokalen uppfyller myndigheternas krav på hygien, säkerhet och tillgänglighet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgivaren ska svara för att lokalen är tillgänglig så att personer med funktionsnedsättning kan ta del av verksamheten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgivaren ska vara ansluten till HSA/SITHS via ombud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgivaren ska följa policys och rekommendationer avseende läkemedel som anvisas av regionen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgivare ska utan kostnad förse regionen med efterfrågat uppföljningsmaterial samt ansvara för att inrapporterade uppgifter är riktiga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgivaren ska löpande rapportera epidemiologiska uppgifter samt tobakskonsumtion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgivaren ska samverka med regionen gällande uppföljning och analys av hur uppdraget utförs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Vårdgivaren accepterar ersättningsvillkoren som ställs i Bilaga 2 .</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Avtalets innehåll accepteras (Avtal Vårdval Tandvård i Kalmar län för Barn, ungdomar och Unga Vuxna inklusive bilagor)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum:

Behörig företrädares underskrift: .....

Namnförtydligande:

Titel:

Telefonnummer:

Mobiltelefonnummer:

E-postadress: