

Vårdrapport barn- och ungdomstandvård

Ska användas i de fall då en klinik utanför länet gjort en överenskommelse med kliniken i länet där patienten är listad om att få behandla patienten. Rapporten insändes direkt efter genomförd undersökning i enlighet med Region Kalmar läns anvisningar och riktlinjer.

(uppdaterad 2025-01-01)

Patient

Personnummer	Förnamn	Efternamn
--------------	---------	-----------

Undersökningsåtgärd

- 101 Basundersökning, utförd av tandläkare
- 107 Omfattande undersökning utförd av tandläkare
- 111 Basundersökning utförd av tandhygienist
- 112 Basundersökning med fullständig parodontal undersökning utförd av tandhygienist

Epidemiologisk registrering (vid ovanstående undersökning)

3 – 6 år:

dft

7 –19 år:

DFT

DFS-a

DS-a

--	--	--

Undersökningsdatum

År, mån, dag

Nästa undersökningsdatum:

Klinik

Underskrift behandlare

--

Original insändes till:

Folktandvårdens Kansli

Faktura skickas till:

Region Kalmar Län

Yvonne Tweedie

Fakturaskanning 55000-14

Box 601

Box 601

391 26 Kalmar

391 26 Kalmar