



Nödvändig tandvård enl 8a § TvL kategori

N Kort nr Grupp

Tandvård pga långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

F Kort nr Grupp

Tandvård som led i kortvarig sjukdomsbehandling enligt grupp

S Kategori: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 15

Vårdgivarens uppgifter

Tandläkare

Adress

Telefon/fax

E-postadress

Patientuppgifter

Kompletterande upplysningar, motiveringar

Planerad åtgärd. Ange FK åtgärds-koder

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Bastandvård

Protetik

Ädel och gjutmetaller

Beräknad kostnad

Bifogat material

 Läkarremiss Original röntgen Modeller Annat

Behandlarens namnteckning

Namnförtydligande

Datum

Bedömningstandläkarens utlåtande

Telefonnummer

E-postadress

 Föreslagen behandling tillstyrkes i sin helhet Föreslagen behandling avstyrkes i sin helhet Föreslagen behandling tillstyrkes med följande ändringar:**Ifylld och undertecknad ansökan skickas till:**Beställarenheten för Tandvård
Box 601, 391 26 Kalmar

Bedömningstandläkarens namnteckning

Namnförtydligande

Datum

 Faktura avseende ovan specificerade åtgärder och pris **kommer ej att godkännas** Faktura avseende ovan specificerade åtgärder och pris **kommer att godkännas med begränsning** Faktura avseende ovan specificerade åtgärder och pris **kommer att godkännas**

Kompletterande upplysningar och motiveringar

Namnteckning

Namnförtydligande

Datum

Åter modeller

Datum

Åter röntgen/Sign

Datum

Skickat beslut till pat

Datum

Skickat beslut till tdl

Datum

Original till arkiv

Datum

Övrigt

Datum