

Remiss för munhälsobedömning

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Postnummer och postadress: _____

Telefonnummer: _____

Kontaktperson: _____

Telefonnummer: _____

- Jag tackar *ja* till erbjudandet om munhälsobedömningen och tar emot besök av tandvårdspersonal för en kostnadsfri munhälsobedömning och rådgivning. Jag bestämmer själv vilken tandläkare jag vill gå till när det gäller eventuell nödvändig tandvård.

Namnunderskrift: _____

- Kontaktperson

Datum: _____

Sänd blanketten till:
Regionstab Samordning hälso-
och sjukvård
Beställarsektionen Tandvård
Box 601
391 26 KALMAR