

# ANSÖKAN OM INTYG FÖR RÄTT TILL NÖDVÄNDIG TANDVÅRD

INTYG SKICKAS TILL REGION NORRBOTTEN EKONOMI OCH PLANERINGSAVDELNINGEN, TANDVÅRDSGRUPPEN, 971 89 LULEÅ

## Inledande frågor:

	JA	NEJ
Har personen beslut om LSS Om JA hänvisa till LSS-handläggare.		
Har personen hemtjänst mer än 2 ggr/dag? Om JA hänvisa till biståndshandläggare.		
Bor personen i särskilt boende? Hänvisa till biståndshandläggare eller enhetschefer.		
Vill personen ha en kostnadsfri uppsökande munhälsobedömning?		

## Personuppgifter

Förnamn och Efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer och Ort
Kontaktperson	Telefonnummer

Medicinsk diagnos och sjukdomsdebut

Mediciner-läkemedelsförteckning eller APO-doslista kan bifogas

### 1. Fysiskt funktionshinder

#### Ja

#### Nej

- |  |    |                                       |                          |
|--|----|---------------------------------------|--------------------------|
| a) Går själv                               | Ja |                                       | Nej                      |
| b) Går med stöd                            | Ja | Beskriv                               | Nej                      |
| c) Rullstolsburen                          | Ja | Beskriv flytt från rullstol till säng | Nej                      |
| d) Klarar dusch och personlig hygien själv | Ja |                                       | Nej Beskriv hjälpbehovet |
| e) Klarar på- och avklädning själv         | Ja |                                       | Nej Beskriv hjälpbehovet |
| f) Pares                                   | Ja | Beskriv omfattning                    | Nej                      |

Sammanfattande beskrivning

**2. Psykiskt/kognitivt funktionshinder****Ja****Nej**

a) Kognitivt funktionshinder	Ja	Beskriv omfattning	Nej	
b) Begränsad verklighetsuppfattning	Ja		Nej	
c) Minnesstörningar	Ja		Nej	
d) Bristande sjukdomsinsikt	Ja		Nej	
e) Har god man/förvaltare	Ja		Nej	Beskriv hjälpbehovet
f) Planerar och genomför dagliga aktiviteter	Ja		Nej	Beskriv svårigheterna

Sammanfattande beskrivning

**3. Stödinsatser****Ja****Nej**

a) Hemtjänst	Ja	Beskriv omfattning och insatser	Nej
b) Hemsjukvård	Ja	Beskriv omfattning och insatser	Nej
c) Stöd av annan person	Ja	Beskriv omfattning och insatser	Nej

Sammanfattande beskrivning

Att informationen i detta dokument är korrekt intygas av läkare/sköterska eller annan sjukvårdspersonal med kännedom om patienten

Underskrift	Namnförtydligande	Ort och datum
-------------	-------------------	---------------

**Kontaktuppgifter**

Befattning	Arbetsplats	Telefon
E-post	Adress	

**Fylls i av tandvårdsgruppen**

5 år       10 år       20 år       30 år

N2       N4

Intyg godkänt	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Signatur	Datum
---------------	-----------------------------	------------------------------	----------	-------