

Förhandsbedömning

Blanketten skickas till Ekonomi- och uppföljningsavdelningen, Tandvårdsgruppen, Region Norrbotten, 971 89 LULEÅ

Behandlande tandvårdsföretag Tdl Adress Tel/fax nr E-post:	Patientuppgifter
--	------------------

Kategorier

Bedömningen avser behandling enligt

Nödvändig tandvård enl 8a§ TvL kategori nr N1 N2 N3 N4

F 01 F 02 F 03 F 04 F 05 F 06 F 07 F 08 F 09 F 10 F 11

Tandvård som ett led i sjukdomsbehandling under begänsad tidl enl SFS 1998:1338, 3, 4, 6 §§§

S1 S2 S3 S4 S5 S6 S7 S8 S9 S10 S11 S12 S20

Tanduppgifter

Tand	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	
Föreg. Tandv.																																	
Karies																																	
Parod-status																																	

Anamnes, sjukdomsbeskrivning, behandlingsplan och prognos (vid behov av ytterligare utrymme, bifoga bilaga)

Planerad åtgärd/er, ange åtgärdsnummer, bifoga kostnadsberäkning

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

Bifogat material:

Röntgen Foto Modeller Annat

Underskrift

Totalkostnad	
--------------	--

Beslut

Tillstyrkes <input type="checkbox"/> Tillstyrkes med avvikelse <input type="checkbox"/> Avstyrkes <input type="checkbox"/>	
Kommentar	
Datum	Underskrift/namnförtydligande