

Intygsunderlag om rätt till uppsökande munhälsobedömning och nödvändig tandvård

Personnummer _____

Förnamn _____

Efternamn _____

Markera aktuellt alternativ

Kategori	N1	N2	N3	N4
Giltighetstid	2 år	5 år	10 år	
Boende	Särskilt	Eget	Namn på särskilt Boende	

Adress _____

Postnummer _____

Ort _____

Telefon _____

Bedömning

Är berättigad

Är inte berättigad

Intygsutfärdare

Namn _____

Adress _____

Personlig kod _____

Ort _____

Datum _____

Underskrift _____

Blanketten skickas till Patientkontoret Boden, Tandvårdsstöd,
Tandvårdsgruppen, Box 506 961 28 Boden