

ANSÖKAN OM INTYG FÖR RÄTT TILL NÖDVÄNDIG TANDVÅRD

INTYG SKICKAS TILL REGION NORRBOTTEN ADMINISTRATIV SERVICE BOX 511, TANDVÅRDGRUPPEN, 961 28 BODEN

Inledande frågor:

	JA	NEJ
Har personen beslut om LSS Om JA hänvisa till LSS-handläggare inom kommun eller LSS råd och stöd inom Region Norrbotten.		
Har personen hemtjänst mer än 2 ggr/dag? Om JA hänvisa till biståndshandläggare.		
Bor personen i särskilt boende? Hänvisa till biståndshandläggare eller enhetschefer.		

Förnamn och Efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer och Ort
Kontaktperson	Telefonnummer

Medicinsk diagnos och sjukdomsdebut
Mediciner-läkemedelsförteckning eller APO-doslista kan bifogas

	JA	NEJ
Har personen en demensdiagnos? Om JA behöver övriga frågor inte besvaras		

Är du osäker så finns information om tandvårdsstödet för sjukvården på nllplus.se, skriv för anställda inom sjukvården i sökfältet på sidan.

1. Fysiskt funktionshinder *

	Ja	Beskriv	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

* Behöver ej fyllas vid demensdiagnos

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	

	JA	NEJ
Vill personen ha en kostnadsfri uppsökande munhälsobedömning?		

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
---------------	-----------------------------	------------------------------	----------	-------

* Behöver ej fyllas vid demensdiagnos