

## Medicinskt underlag – tandvård

Används även som komplettering till remiss

Patientens efternamn och förnamn		Personnummer
Journaluppgifter fr.o.m.	Senaste undersökning, datum	Patient hos undertecknad sedan

### Medicinsk bedömning

Utlåtandet bör belysa den långvariga sjukdomen/funktionshindret eller den akuta sjukdomen som kräver tandvård

Tidigare sjukdomar med relevans för nuvarande medicinska tillstånd
Sammanfattning av det medicinska tillståndet. 2) Redogörelse för aktuella relevanta sjukdomars början (tidpunkt), förlopp och den hälso- och sjukvård som hittills givits. 3) Uppgift om hur lång tid nuvarande sjukdomstillstånd eller funktionshinder bedöms föreligga
På vilket sätt kan den aktuella sjukdomen påverka den orala hälsan
<input type="checkbox"/> Slemhinneförändring <input type="checkbox"/> Tandfraktur (ex. epilepsi)
<input type="checkbox"/> Minskad salivation (Vilo och stim saliv krävs av tdl) <input type="checkbox"/> Motoriska handikapp (Hur påverkas munhygien)
<input type="checkbox"/> Diabetes (Labbvärden: Glukos och HbA <sub>1c</sub> 2 år bakåt krävs)
<input type="checkbox"/> Annat
.....
Diagnos (icke-odontologisk)
1) Aktuell medicinering? 2) Behandlingsstart för medicineringen? 3) Hur länge beräknas medicineringsbehandlingen pågå? 4) Dosering?

Kompletera med övriga upplysningar samt **underskrift** sid 2

**Plats för fri text**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Uppgifter om patient som söker ersättning från Regionen**

Har patienten psykosjukdom eller psykisk störning som medför att hon/han inte av egen kraft förmår uppsöka tandvården eller inser sitt behov därav?	Ja	Nej	Vet ej
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har patienten nedsatt förmåga att sköta sin munhygien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har patienten beslut om insatser enligt lag( LSS) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har patienten behov av personlig omvårdnad större delen av dygnet, minst 3 gånger/dag samt behov av hjälp eller larm nattetid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....  
Datum

Läkarens underskrift

Adress klinik/mottagning

.....  
Namnförtydligande

Telefon

**Ifyllt original skickas till:**

Region Gävleborg  
Beställarenheten för tandvård  
801 88 Gävle

---