

Val/byte av tandvårdsmottagning

Allmän barn- och ungdomstandvård

Patient

Personnummer	Förnamn	Efternamn
Vid byte, ange föregående tandvårdsmottagning		

Jag godkänner att mina uppgifter registreras i en databas för att administrera val av tandvårdsmottagningar. Jag tillåter att journalkopior, röntgenbilder och eventuella studiemodeller skickas till vald tandvårdsmottagning.

Vårdnadshavarnas/patientens underskrift	Datum
---	-------

Jag åtar mig att ge ovanstående patient fullständig allmäntandvård och förbinder mig att följa Region Norrbottens anvisningar och riktlinjer angående barn- och ungdomstandvård.

Vårdnadgivarens underskrift	Datum
Namnförtydligande/klinikstämpel	
Adress	
Organisationsnummer	

Vårdgivaren ansvarar för att skicka en kopia av blanketten till den klinik från vilken bytet sker. Ge gärna en kopia till patienten/vårdnadshavarna.

Original skickas till:

Region Norrbotten
 Analys- och planeringsenheten
 971 89 Luleå

