

Klinik	Patient
Kliniknamn:	Personnummer:
Adress:	Namn:
Telefon:	

Bedömningen avser behandling (Markera ett val)

Nödvändig tandvård enl. 8a§ TvL kategori

☐ N1 ☐ N2 ☐ N3 ☐ N4

Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

☐ F1 ☐ F2 ☐ F3 ☐ F4 ☐ F5 ☐ F6 ☐ F7 ☐ F8 ☐ F9 ☐ F10 ☐ F11

Tandvård som led i en sjukdomsbehandling

☐ S1 ☐ S2 ☐ S3 ☐ S4 ☐ S5 ☐ S6 ☐ S7 ☐ S8 ☐ S9 ☐ S10 ☐ S11 ☐ S12 ☐ S15

Anamnes och sjukdomsbeskrivning samt behandlingsplan inkl. profylax, motivera föreslagen behandling

Fyll i åtgärdsnummer nedan eller bifoga ett kostnadsförslag med åtgärdsnummer och tandnummer:

Åtgärd	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	ÖK	
Kostnad:																		

Åtgärd	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	UK	
Kostnad:																		

Total behandlingsskostnad:	Bifogat material
Datum	Underskrift

Beslut:

Datum:

Bedömningstandläkare: