[](http://www.regionvarmland.se/)

**Länsöverenskommelse: Konsultationsdokument till tandvården i samband med barnavårdsutredning**

|  |
| --- |
| Barnets personnummer: |
| Barnets för- och efternamn: |
| Vårdnadshavare 1: för- och efternamn: |
| Vårdnadshavare 2: för- och efternamn: |
| Ansvarig socialnämnd och socialsekreterare: |
| Ansvarig tandläkare: |
| Tandvårdsmottagning: |
| **Tidigare tandvård**  Har barnet varit på regelbundna tandvårdskontroller?  Ja  Nej  Barnet har uteblivit vid kallelse       antal gånger  Kommentar:  Känd tandvårdsrädsla:  Ja Nej  Datum för senaste tandvårdskontroll: Klicka här för att ange datum.  Aktuell tandstatus vid senaste besöket (enligt riskbedömning):  BRA MINDRE BRA DÅLIGT |
| **Aktuella tandvårdsbehov/terapiplan**  Oklart på grund av uteblivna besök: Ja Nej  Barnet ska kallas för årlig kontroll månad       år  Barnet bör behandlas på tandklinik inom 1-2 månader: Ja Nej  Kommentar:  Behov av regelbundet munhygienstöd och fluorbehandling Ja  Nej  Bettutvecklingskontroll inför ev. tandreglering Ja  Nej |
| **Datum** Klicka här för att ange datum.  **……………………………………………………………… …………………………………………………………….**  *Underskrift ansvarig tandläkare Namnförtydligande* |