

**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[ ]  NejBarnet har uteblivit vid kallelse       antal gångerKommentar:      Känd tandvårdsrädsla: [ ]  Ja [ ] NejDatum 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 [ ] NejBarnet ska kallas för årlig kontroll månad       år      Barnet bör behandlas på tandklinik inom 1-2 månader: [ ] Ja [ ] NejKommentar:      Behov av regelbundet munhygienstöd och fluorbehandling [ ] Ja [ ]  NejBettutvecklingskontroll inför ev. tandreglering [ ] Ja [ ]  Nej |
| **Datum** Klicka här för att ange datum.**……………………………………………………………… …………………………………………………………….***Underskrift ansvarig tandläkare Namnförtydligande*  |