

Datum



Utlåtande tandvård enligt begäran från Socialtjänst

Barnets/den unges personuppgifter	
Personnummer	För- och efternamn
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ansvariga parter	
Ansvarig tandläkare	Ansvarig socialnämnd och socialsekreterare
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tandvårdsmottagning	(Finns på dokumentet från Socialtjänsten)
<input type="text"/>	

Tidigare tandvård	
Har barnet/den unge varit på regelbundna tandvårdskontroller?	ja nej
Vid kallelse har barnet/den unge uteblivit	_____ gånger
Eventuell kommentar:	
<input type="text"/>	
Finns det känd tandvårdsrädsla?	ja nej
När utfördes senaste tandvårdskontrollen?	datum: _____
Aktuell tandstatus, inklusive slemhinnor och svalg vid senaste besöket	bra mindre bra dålig

Aktuella tandvårdsbehov/terapiplan	
Oklart på grund av uteblivna besök	ja nej
Ska kallas nästa gång	månad: _____ år: _____
Aktuell behandling	ja nej
Beskriv behandling om aktuellt:	
<input type="text"/>	
Behov av regelbundet munhygienstöd och fluorbehandling	<input type="checkbox"/> ja nej
Bettutvecklingskontroll inför ev. tandreglering	ja nej
Om behov finns, beskriv exempelvis hur ofta patienten behöver komma tillbaka:	
<input type="text"/>	
Beskriv här om barnet/den unge har andra behov som tandvården behöver tillgodose:	
<input type="text"/>	
Extrainsatt eller tidigarelagd tandvårdskontroll	datum: _____
Ordinarie, redan genomförd, tandvårdskontroll (ej äldre än 12 mån)	datum: _____

Underskrift ansvarig tandläkare	Namnförtydligande
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Klinik

Postadress

Telefon

Organisation
Folktandvården Värmland

Postnr och postort

E-postadress