

S-tandvård:					N-tandvård:					F-tandvård:																			
Komplettering					Ändring																								
Bifogat material					Röntgen, foton					Journalkopia					Läkarintyg, motsv.					Modeller					Övrigt				
Vårdgivaruppgifter (behandlare, klinikadress och telefonnummer)										Patientuppgifter (personnummer, namn)																			

Tanduppgifter

Tand	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Föregående tandvård																
Karies																
Tand	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Föregående tandvård																
Karies																

Anamnes, parodontal klassificering, sjukdomsbeskrivning, behandlingsplan och prognos

--

Planerad behandling (koder enligt regionens ersättningslista)

Tand	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Tand	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Övrig behandling (undersökning, förebyggande vård för de närmaste 12 månaderna m m)

Åtgärd	Antal	Åtgärd	Antal	Åtgärd	Antal	Åtgärd	Antal	Åtgärd	Antal	Åtgärd	Antal	Åtgärd	Antal

Datum	Namnteckning	Beräknat totalpris
-------	--------------	--------------------

Regionens besked

Faktura avseende behandling kommer att godkännas Faktura avseende behandling kommer ej att godkännas Se bilaga	Kommentar
Underskrift	Datum