

Begäran avser:	Led i sjukdomsbehandling (grp)	Omprövning <input type="checkbox"/> Komplettering <input type="checkbox"/> Ändring <input type="checkbox"/>																														
Nödändig tandvård:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>Övr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Övr																Tidigare bedömd (ärendenr/datum)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Övr																		
Bartandvård: <input type="checkbox"/>	Intygsnummer																															

Vårdgivaruppgifter
Patientuppgifter

Namn <input style="width:90%;" type="text"/> Adress <input style="width:90%;" type="text"/> Postnummer Postort <input style="width:45%;" type="text"/> <input style="width:45%;" type="text"/>	Personnummer <input style="width:90%;" type="text"/> Namn <input style="width:90%;" type="text"/> Postnummer Postort <input style="width:45%;" type="text"/> <input style="width:45%;" type="text"/>
--	--

Tanduppgifter

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

Anamnes, sjukdomsbeskrivning, medicinsk bedömning, behandlingsplan och prognos (vid behov av ytterligare utrymme, bifoga bilaga)**Planerad åtgärd/er, ange åtgärdsnummer och kostnad**

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

Us / prof / övr (åtgärd / antal):

Undersökning:..... Profylax:..... Övrigt:.....

Bifogat material:

 Röntgen Foto Modeller Annat:.....

Kostnadsberäkning
Underskrift

Us / prof / övr	Tandvård	Material	Totalkostnad

Datum

Behandlarens underskrift

Yttrande / svar

Btl:s yttrande <input type="checkbox"/> Tillstyrkes <input type="checkbox"/> Avstyrkes <input type="checkbox"/> Se bilaga	Btl:s underskrift / namnförtydligande	
Svar <input type="checkbox"/> Faktura avseende behandling och pris kommer att godkännas <input type="checkbox"/> Faktura avseende behandling och pris kommer att godkännas med ändring enl. nedan eller bilaga <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Faktura avseende behandling och pris kommer ej att godkännas enl. nedan eller bilaga <input type="checkbox"/>		
Kommentarer 		
Datum	Underskrift / namnförtydligande	Handlingar åter (datum/sign)