



Anmälan om övertagande av barnpatient

Patient: _____
Personnummer Namn

Härmed meddelas att jag övertar ansvaret för denna patients munvård enligt riktlinjer som angivits i dokumentet Övertagande av barnpatient. Jag önskar få översänt journal, röntgenbilder och eventuella studiemodeller som lån.

Tandläkare: _____
Övertagande privat tandläkares namnteckning

Namnförtydligande samt adress:

Jag lämnar mitt tillstånd till att journal, röntgenbilder samt eventuella studiemodeller, som lån, översändes till ovanstående tandläkare.

Myndig patient eller målsman för ovanstående patient

Skickas till:
Landstinget Västernorrland
Folktandvårdens kansli
871 85 Härnösand

Från kansliet skickas anmälan vidare till den klinik som skall översända ovan nämnda handlingar.

Överlämnande klinik och ansvarig tandläkare.

Klinikstämpel

Namnstämpel

Datum för senaste fullständiga behandling: _____

Ny ersättning utbetalas ej inom 1 år från ovanstående datum.