

Vårdgivaranmälan till klinik utan LOV-avtal

Barn- och ungdomstandvård i Region Gävleborg

Blankett för byte till tandvårdsklinik som inte har LOV-avtal med Region Gävleborg

JAG/VI VÄLJER/ÖNSKAR BYTA TILL

Tandvårdskliniken namn	
Mitt barns namn	Personnummer (12 siffror)

Vårdnadshavare skriver under för barn/ungdomar under 15 år.

Vid delad vårdnad för barn under 13 år skriver båda vårdnadshavare under.

Datum och underskrift måste finnas med för att valet ska vara giltigt.

Vårdnadshavares namn	Personnummer (12 siffror)
Underskrift	Datum
Vårdnadshavares namn	Personnummer (12 siffror)
Underskrift	Datum

Tandläkarkliniken är införstådd med att

- ingen ersättning utbetalas från Region Gävleborg
- ansvara för att patienten får basortodonti när behov finns
- stå för eventuella kostnader för akuttandvård utförd på annan klinik

Tandvårdskliniken namn/stämpel	Organisationsnummer
Ansvarig tandläkare	Datum
Tandläkarens namnunderskrift	

Undertecknat original skickas till:

Beställarenheten för tandvård, Region Gävleborg, 801 88 GÄVLE

Kliniker som är anslutna till T99webb:

Listning görs i T99webb, blanketten sparas på kliniken.