

Listningsblankett för Vårdval

Barn- och ungdomstandvård i Region Gävleborg

Fyll i ditt val av tandvårdsklinik samt barnets namn och personnummer.

För barn under 15 år ska en vårdnadshavare skriva under. Vid delad vårdnad för barn under 13 år måste båda vårdnadshavarna skriva under.

Skicka/överlämna blanketten i original till den valda tandvårdskliniken.

Listningsblankett och information om tandvårdskliniker som tar emot barn upp till och med 19 år finns på <https://www.1177.se/Gavleborg/liv--halsa/tandhalsa/tandvard-for-dig-upp-till-19-ar-inom-region-gavleborg/>

Jag är införstådd med att när jag väljer en tandvårdsklinik i Gävleborgs län så gäller regelverket i 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

Tandläkarklinikens uppgifter

Tandvårdskliniken namn/stämpel	Organisationsnummer
Ansvarig tandläkare	Datum
Tandläkarens namnunderskrift	

Undertecknat original sparas på kliniken. Kliniken gör listningen i T99webb.