

## Förhandsbedömning

Klinik	Patient
Adress	Personnummer
	Namn
Telefon	

Bedömningen avser behandling (Markera ett val)

**Nödvändig tandvård** enl. 8a§ TvL kategori

N1  N2  N3  N4

**Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning**

F1  F2  F3  F4  F5  F6  F7  F8  F9  F10  F11

**Tandvård som led i en sjukdomsbehandling**

S1  S2  S3  S4  S5  S6  S7  S8  S9  S10  S11  S12  S15

Anamnes och sjukdomsbeskrivning samt behandlingsplan inkl. profylax, motivera föreslagen behandling

Fyll i åtgärdsnummer nedan eller bifoga ett kostnadsförslag med tandnummer och åtgärdsnummer

Åtgärd	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	ÖK
Kostn.																	

Åtgärd	48	47	46	45	44	43	42	11	31	32	33	34	35	36	37	38	UK
Kostn.																	

Total behandlingkostnad	Bifogat material
Datum	Underskrift