

<b>Klinik</b>	<b>Patient</b>
Kliniknamn:	Personnummer:
Adress:	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 åtgärdsnummer och tandnummer:

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

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

Total behandlingkostnad:	Bifogat material
Datum	Underskrift

**Beslut:**

Datum:

Bedömningstandläkare: