

Vårdgivaransmälan

Barn- och ungdomstandvård

För byte av vårdgivare, för 3-åringar och nyinflyttade

Patient

Personnummer	Förnamn	Efternamn
--------------	---------	-----------

Jag godkänner att uppgiften registreras i databas.

Vårdnadshavarens/patientens godkännande	Datum
---	-------

Jag åtar mig att ge ovanstående patient fullständig allmäntandvård och förbinder mig att följa Landstinget Gävleborgs anvisningar och riktlinjer angående barn och ungdomstandvård.

Vårdgivarens underskrift	Datum
Namnförtydligande/klinikstämpel	
Adress	
Org nr.	

Undertecknat original insändes till:

Beställarenheten för tandvård
Region Gävleborg
801 88 Gävle

Ge gärna en kopia av vårdgivaransmälan till patienten

(uppdaterad 2018-11-02)