



## Tilbud om tannhelsetjenester til personer i private institusjoner

Er du over 18 år og bor på privat institusjon, kan du ha rett til gratis undersøkelse, veiledning og nødvendig tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten, dersom institusjonen har:

- ☐ Avtale med regionalt helseforetak med finansiering av institusjonsplasser

Eller

- ☐ Avtaler med kommuner hvor det foreligger et kommunalt vedtak i hjemkommune som utløser rett til gratis tannhelsetjenester. Sett kryss for riktig alternativ og legg ved tilbudsskjema fra hjemkommune:

- ☐ Du er over 18 år og rusmiddelavhengig og

1. mottar tjenester etter [Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, nr. 6 bokstav b, §3-6 nr. 1 og 2](#) eller
2. er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Se også [Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv Nr. I-2/2006](#) og [Rundskriv Nr. I-4/2008](#), samt informasjon på [helsedirektoratets nettside](#).

- ☐ Du som har et kommunalt vedtak om helsetjenester i hjemmet minimum én gang pr. uke, og har hatt det i tre måneder eller mer, jfr. [Tannhelsetjenesteloven § 1-3 bokstav c](#), [Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6, bokstav a](#) og [Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten § 2](#). Det må foreligge en bekreftelse på at vedtak er fattet før tilbud om gratis tannhelsetjenester gis.

- ☐ Du som har vært beboer på institusjon i tre måneder eller mer, jfr. [Tannhelsetjenesteloven § 1-3 bokstav c](#), [Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6, bokstav c](#) og [Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten § 2](#).

Husk å fylle ut helseskjema side 3. Utfylt skjema sendes nærmeste offentlige tannklinikk. Kontaktinformasjon til tannklinikkene er tilgjengelig på [www.ofk.no/tannhelse](http://www.ofk.no/tannhelse). Tilbudet bortfaller når tjenesten opphører.



Sett kryss:

- ☐ Jeg ønsker å benytte meg av tilbudet og samtykker til at tannhelsetjenesten får informasjon om min helsetilstand, eventuell medisinbruk og annet som har betydning for tannhelse og tannbehandling.
- ☐ Jeg ønsker innkalling på telefon/SMS.
- ☐ Jeg ønsker timekort i posten.
- ☐ Jeg ønsker innkalling på telefon/SMS til følgende kontaktperson (skriv navn og nummer):
- ☐ Jeg ønsker *ikke* å benytte meg av tilbudet.

|                               |  |                    |  |
|-------------------------------|--|--------------------|--|
| <b>For- og etternavn</b>      |  |                    |  |
| <b>Fødselsnr. (11 siffer)</b> |  | <b>Telefon</b>     |  |
| <b>Postadresse</b>            |  |                    |  |
| <b>Postnummer</b>             |  | <b>Poststed</b>    |  |
| <b>Dato</b>                   |  | <b>Underskrift</b> |  |

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Fastlege</b> |  |
|-----------------|--|

Undertegnede bekrefter at denne brukeren oppfyller kravene for å ha rett til gratis tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten.

|                                   |  |                                                |  |
|-----------------------------------|--|------------------------------------------------|--|
| Vedtaksdato kommune/start opphold |  | Vedtak kommune gyldig t.o.m./opphold avsluttes |  |
| Institusjon og dato               |  | Underskrift saksbehandler/kontaktperson        |  |
| Kontaktperson i institusjon       |  | Telefon                                        |  |

*Samtykket kan når som helst trekkes tilbake*



## Helseskjema

Det er nødvendig at behandlende tannhelsepersonell kjenner pasientens helseforhold og medikamentbruk før tannbehandling kan påbegynnes. Dine helseopplysninger blir oppbevart og behandlet fortrolig etter de krav som lover og forskrifter setter. Jfr. offentlighetsloven § 13 og forvaltningsloven § 13.

|                    |  |                           |  |
|--------------------|--|---------------------------|--|
| For- og etternavn: |  | Fødselsnr.<br>(11 siffer) |  |
|--------------------|--|---------------------------|--|

| Generell informasjon                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Diverse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Medikamentbruk                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hjerte/karsykdommer<br><input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Epilepsi<br><input type="checkbox"/> Immunitetssykdommer<br><input type="checkbox"/> Hepatitt<br><input type="checkbox"/> Giktfeber<br><input type="checkbox"/> Problemer med bihulene<br><input type="checkbox"/> Psykiske lidelser<br><input type="checkbox"/> Strålebehandling i hode/hals<br><input type="checkbox"/> Kosthold/diett<br><input type="checkbox"/> Komplikasjoner etter tannbehandling<br><input type="checkbox"/> Røyker<br><input type="checkbox"/> Bruker snus<br><input type="checkbox"/> Astma<br><input type="checkbox"/> Blødersykdom<br><input type="checkbox"/> Spiseforstyrrelser<br><input type="checkbox"/> HIV/AIDS<br><input type="checkbox"/> Lungesykdom<br><input type="checkbox"/> Hjerneslag<br><input type="checkbox"/> Parkinsons<br><input type="checkbox"/> Kreft<br><input type="checkbox"/> Reumatisk sykdom<br><input type="checkbox"/> Demens<br><input type="checkbox"/> Annet | <input type="checkbox"/> Nedsatt syn<br><input type="checkbox"/> Nedsatt hørsel<br><input type="checkbox"/> Nedsatt taleevne<br><input type="checkbox"/> Nedsatt førlighet<br><input type="checkbox"/> Bruker rullestol<br><b>Allergi/oversensibilitet</b><br><input type="checkbox"/> Penicillin<br><input type="checkbox"/> Lokalbedøvelse<br><input type="checkbox"/> Pollen<br><input type="checkbox"/> Matvarer<br><input type="checkbox"/> Nikkel<br><input type="checkbox"/> Latex<br><input type="checkbox"/> Annet<br><b>Munn/tenner</b><br><input type="checkbox"/> Blødning i tannkjøttet<br><input type="checkbox"/> Dårlig ånde<br><input type="checkbox"/> Ofte sår i munnen<br><input type="checkbox"/> Munntørhet<br><input type="checkbox"/> Tanngnissing<br><input type="checkbox"/> Ømme tyggemuskler<br><input type="checkbox"/> Fingersuger<br><input type="checkbox"/> Munnpuster<br><input type="checkbox"/> Annet | <i>Legg ved medikamentliste fra lege</i><br><div>Legg ved</div> <b>Medisinsk behandling</b><br><input type="checkbox"/> Medisinsk behandling siste to år<br><b>Oppfatning av egen helse</b><br><input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Dårlig<br><b>Gravid - termin</b><br><b>Siste tannbehandling</b><br><b>Besøksgrunn</b> |

| Diverse informasjon (ved behov, bruk eget ark) |
|------------------------------------------------|
|                                                |

Ta kontakt med tannklinikken ved forandringer i helsetilstanden som kan ha betydning for tannbehandlingen.

|      |  |             |  |
|------|--|-------------|--|
| Dato |  | Underskrift |  |
|------|--|-------------|--|