



Övertagande av vårdansvar för barn och unga

Patient

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

Jag önskar att undertecknad tandläkare övertar ansvar för ovan namngivna persons tandvård. Jag medger att uppgifter i journalhandlingar samt röntgenbilder och övrig dokumentation av värde för tandvårdsbehandling avseende ovan namngiven person, överlämnas till övertagande tandläkare.

Namnsteckning vårdnadshavare/myndig patient
Namnförtydligande

Härmed övertas ansvaret för ovan angiven patients tandvård. Jag förbinder mig att följa de anvisningar och riktlinjer som gäller för fritt val av vårdgivare avseende tandvård för barn och unga i Region Örebro län.

Vårdgivare/Ansvarig tandläkare

Vårdgivare(Tandvårdsföretag)	Datum
Namnsteckning Ansvarig tandläkare	Adress
Namnförtydligande	

Till tidigare vårdgivare

Vårdgivare	Klinik
Adress	

Tacksam om följande handlingar rörande denna patient översändes

<input type="checkbox"/> Kopia av journalhandlingar	<input type="checkbox"/> Modeller
<input type="checkbox"/> Röntgen som lån/kopia	<input type="checkbox"/> Foto
Övrigt:	

Insändes till Tandvårdsenheten
Kopia kan sändas till tidigare vårdgivare
för begäran av tidigare dokumentation

Tandvårdsenheten
Region Örebro län
Box 1613
701 16 Örebro