

HENVISNING TIL DEN OFFENTLIGE TANNHELSETJENESTEN

for personer i kommunal rusomsorg og statlig rusinstitusjon

Det ytes vederlagsfri tannhelsetilbud til personer i kommunal rusomsorg eller i statlig rusinstitusjon etter følgende kriterier:

1. Personer som på grunn av rusmiddelproblem mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b og c, jf. § 3-1 første og annet ledd og § 2-1 a i pasient- og brukerrettighetsloven.
2. Personer som er godkjent for eller mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR).
3. Personer i statlig rusinstitusjon (i samme kommune som rusinstitusjonen er), forutsatt at oppholdet i institusjon har en varighet på minst tre måneder.

Dersom oppholdet i rusomsorg eller rusinstitusjon ser ut til å vare lenger enn 3 måneder sammenhengende, kan det tilbys tannhelsetilbud i Den offentlige tannhelsetjenesten fra innmeldingsdato.

4. Retten til gratis tannhelsetilbud gjelder kun under langtidsopphold med gyldig vedtak jf. punkt 1, 2 og 3.

Informasjon

Alle nye personer med rett til gratis tannhelsetilbud skal informeres om disse rettighetene av rusomsorgen/institusjonen.

Innmelding

Rusomsorgen/institusjonen skal bistå personen med å fylle ut henvisningsskjemaet som sikrer rett til gratis tannhelsetilbud i Den offentlige tannhelsetjenesten.

Skjemaet vil bli behandlet som sensitive personopplysninger, og vil bli arkivert i elektronisk pasientjournal. Papirskjema vil bli makulert etter overføring til elektronisk pasientjournal.

Utfylt skjema sendes tilsynsklinikken (se under) eller til privatpraktiserende tannlege som har avtale med Nordland fylkeskommune (gjelder kommunal rusomsorg).

Tilsynsklinikkens navn, adresse og øvrig kontaktinformasjon:

Vi ønsker nye pasienter velkommen til Den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland!

Navn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Adresse:	Postnummer/sted:
Innskrivningsdato:	Telefon/mobiltelefon:
Institusjonens navn/avdeling:	Telefon:
Kontaktperson:	Telefon:

Ja (sett kryss)

Kommunal rusomsorg

Statlig rusinstitusjon

Personen ønsker gratis tannhelsetilbud

Behov for ledsager

Helseskjema vedlagt

Skjema med opplysninger om sykdom/helsetilstand og medisinbruk skal vedlegges henvisningen.

Andre opplysninger

Sted/dato

Stempel

Signatur av ansvarlig/fagperson

Undertegnede fritar med dette rusomsorgen/behandlingsinstitusjonen for taushetsplikt i behandlingsperioden.

Sted/dato

Pasientens underskrift



HELSESKJEMA

Navn:

Fødselsnummer:

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

Dato for utfylling av helseskjema:

Opplysningene i helseskjemaet bekreftes av personen/pasienten med signatur i henvisningsskjemaet (forrige side).