

## **Innmeldingsskjema for personer med rusmiddelavhengighet**

***Personer som på grunn av rusmiddelproblem oppfyller følgende kategorier kan ha rett på nødvendig og vederlagsfri tannbehandling via den offentlige tannhelsetjenesten:***

- I. personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b
- II. avlastningstiltak for pårørende etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 2
- III. som er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-16
- IV. Pasienten tilhører gruppen eldre, langtidssyke eller uføre som er i institusjon eller mottar hjemmesykepleie etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c.

Om slike helse- og omsorgstjenester eller institusjonsopphold har sammenhengende varighet på 3 måneder eller lenger, har pasienten rett til nødvendig og vederlagsfri tannbehandling via den offentlige tannhelsetjenesten i den aktuelle tidsrammen for vedtaket.

### **Dokumentasjon på vedtak må vedlegges**

Det må fremgå i den oversendte dokumentasjonen hvilket rettslig grunnlag tjenesten er innvilget etter (I-IV), og eventuelt at tjenesten har vart eller er ment å vare i tre måneder eller mer. Disse opplysningene må fremgå tydelig av vedtaket som sendes inn. Samtidig skal informasjonen begrenses til nødvendige opplysninger. Begrunnelse, journalopplysninger og opplysninger om andre personer skal sladdes eller utelates når de ikke er nødvendige for rettighetsvurderingen.

Innmelding uten nødvendig vedtak blir avvist. Kommunen skal gi pasienten korrekt informasjon om vilkårene for gratis tannhelsehjelp. Les mer utfyllende om regelverket her [Tannbehandling til personer med rusmiddelavhengighet - Helsedirektoratet](#)

Rusomsorgen/institusjonen skal bistå pasienten med å fylle ut henvisningsskjemaet som sikrer rett til gratis tannhelsetilbud i den offentlige tannhelsetjenesten. Skjemaet og vedlegg vil bli behandlet som sensitive personopplysninger, og vil bli arkivert i elektronisk pasientjournal. Papirskjema vil bli makulert etter overføring til elektronisk pasientjournal.

## Opplysninger om pasienten

|                                    |  |             |  |
|------------------------------------|--|-------------|--|
| Navn                               |  |             |  |
| Fødselsnummer                      |  |             |  |
| Postadresse                        |  |             |  |
| Postnummer                         |  | Poststed    |  |
| Telefon                            |  |             |  |
| Dato                               |  | Underskrift |  |
| Eventuelle utfyllende opplysninger |  |             |  |

### Sett kryss ved riktig vedtaksgrunnlag:

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>Pasienten mottar personlig assistanse (praktisk bistand/opplæring/støttekontakt) etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b.</b><br>Personlig assistanse omfatter blant annet praktisk bistand, opplæring og støttekontakt.                   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Pårørende mottar avlastningstiltak pga. særlig tyngende omsorgsoppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 2.</b><br>Det er personen med rusmiddelavhengighet som får tannhelse retten.                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | <b>Pasienten er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 3-16.</b><br>Oppstart og pågående deltakelse bekreftes av aktuell LAR-enhet eller annet ansvarlig behandlingssted. Eller ved vedtak fra spesialisthelsetjenesten. |

### Eventuelle andre vedtak som utløser rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten:

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>Pasienten tilhører gruppen eldre, langtidssyke eller uføre som mottar hjemmesykepleie etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c.</b><br>Omfatter hjemmesykepleie og andre typer helsetjenester som ytes hjemme hos pasienten. Det er typen hjelp som gis, som avgjør om tjenesten regnes for å være hjemmesykepleie. Det er derfor ikke nødvendig at tjenesten ytes av en sykepleier eller annet helsepersonell. F.eks. sårbehandling, legemiddelhåndtering og psykiatrisk sykepleie. ACT/FACT-team og liknende ambulerende tjenester alene gir ikke rettigheter til tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Pleie skal mottas regelmessig, minst en dag i uken. |
| <input type="checkbox"/> | <b>Pasienten tilhører gruppen eldre, langtidssyke eller uføre som er i institusjon etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c.</b><br>Omfatter helseinstitusjoner innenfor både kommunen og spesialisthelsetjenesten, i tillegg til private helseinstitusjoner som har avtale med kommune eller regionalt helseforetak.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

## Opplysninger om vedtak, behandling og varighet

|                         |  |                            |  |
|-------------------------|--|----------------------------|--|
| Kommune                 |  |                            |  |
| Startdato               |  | Slutt-<br>/evalueringsdato |  |
| Vedtaksdato             |  | Saks-<br>/vedtaksnummer    |  |
| Navn saks-<br>behandler |  |                            |  |

## Bekreftelse fra innmelder (Må bekreftes med kryss)

|                          |                                                                                                                                                             |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jeg bekrefter at opplysningene i skjemaet er kontrollert mot relevant vedtak eller annen dokumentasjon.                                                     |
| <input type="checkbox"/> | Jeg bekrefter at pasienten mottar tjenesten eller er i det oppholdet som er krysset av i skjemaet.                                                          |
| <input type="checkbox"/> | Jeg bekrefter at tjenesten/oppholdet har vart eller er ment å vare i minst tre måneder.                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | Jeg bekrefter at jeg har gitt informasjon til pasienten om at hen ikke kan møte ruspåvirket til tannbehandling.                                             |
| <input type="checkbox"/> | Jeg bekrefter at jeg har informert pasienten om at det kun tilbys nødvendig og forsvarlig tannbehandling. Dette vurderes individuelt av tannhelsetjenesten. |
| <input type="checkbox"/> | Jeg bekrefter at opplysningene i skjemaet er korrekte.                                                                                                      |

## Vedlegg som må følge skjemaet:

Kopi av formelt vedtak/utdrag av formelt vedtak  
Utfylt helse- og medisinskjema.

# Helse- og medisinskjema

Side 1 av 2

## Personalia

|      |                          |
|------|--------------------------|
| Navn | Fødsels- og personnummer |
|------|--------------------------|

## Behandlingshistorie

|          |                       |                    |                      |
|----------|-----------------------|--------------------|----------------------|
| Fastlege | Behandling siste 2 år | Tidligere tannlege | Siste tannbehandling |
|----------|-----------------------|--------------------|----------------------|

## Hva er årsaken til besøket?

|  |
|--|
|  |
|--|

## Tidligere komplikasjoner etter tannbehandling?

☐ Ja, hvilke? \_\_\_\_\_ ☐ Nei

## Pasientens oppfatning av egen helse

☐ God ☐ Middels ☐ Dårlig

## Diverse

☐ Nedsatt syn ☐ Nedsatt hørsel ☐ Nedsatt taleevne ☐ Nedsatt førlighet

## Tobakksbruk

☐ Røyk ☐ Snus Mengde: \_\_\_\_\_

## Allergi/oversensibilitet

|                  |                          |          |                          |
|------------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Penicillin       | <input type="checkbox"/> | Matvarer | <input type="checkbox"/> |
| Lokalbedøvelse   | <input type="checkbox"/> | Nikkel   | <input type="checkbox"/> |
| Andre legemidler | <input type="checkbox"/> | Pollen   | <input type="checkbox"/> |
| Latex            | <input type="checkbox"/> | Annet    | <input type="checkbox"/> |

Se neste side →

**Sykdomstilstander og medisinbruk**

| Sykdomskategori                 | Diagnose | Medisiner |
|---------------------------------|----------|-----------|
| Hjerte-/karsykdommer            |          |           |
| Høyt blodtrykk                  |          |           |
| Hjerneslag                      |          |           |
| Blødersykdom                    |          |           |
| Lungesykdom                     |          |           |
| Astma                           |          |           |
| Problemer med bihulene          |          |           |
| Immunitetssykdommer             |          |           |
| Revmatisk sykdom                |          |           |
| Benskjørhet                     |          |           |
| Bisfosfonater, eventuelt når?   |          |           |
| Hepatitt                        |          |           |
| HIV/AIDS                        |          |           |
| Giktfeber                       |          |           |
| Diabetes                        |          |           |
| Kosthold/diett                  |          |           |
| Stoffskiftesykdom               |          |           |
| Psykiske lidelser               |          |           |
| Spiseforstyrrelser              |          |           |
| Epilepsi                        |          |           |
| Demens                          |          |           |
| Parkinsons sykdom               |          |           |
| Kreft                           |          |           |
| Strålebehandling i hode og hals |          |           |
| Annet:                          |          |           |

Dato: \_\_\_\_\_

Signatur: \_\_\_\_\_