Vestfold
FYLKESKOMMUNE

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			

Har pasienten tidligere vist utagerende atferd, truende opptreden eller voldshandlinger i forbindelse med helsehjelp eller andre omsorgssituasjoner som tannhelsetjenesten bør kjenne til for å kunne planlegge og gjennomføre behandlingen på en forsvarlig måte? *Opplysningene brukes kun til å planlegge og gjennomføre tannbehandling på en forsvarlig og trygg måte.*

☐ Nei
☐ Ja

Dersom ja, beskriv situasjon, utløsende faktorer, eventuelle forebyggende tiltak og anbefalinger for gjennomføring av behandling:

Sett kryss ved riktig vedtaksgrunnlag:

☐	**Pasienten mottar personlig assistanse (praktisk bistand/opplæring/støttekontakt) etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b.** Personlig assistanse omfatter blant annet praktisk bistand, opplæring og støttekontakt.
☐	**Pårørende mottar avlastningstiltak pga. særlig tyngende omsorgsoppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 2.** Det er personen med rusmiddelavhengighet som får tannhelseretten.
☐	**Pasienten er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 3-16.** 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:

☐	**Pasienten tilhører gruppen eldre, langtidssyke eller uføre som mottar hjemmesykepleie etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c.** 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.

☐	**Pasienten tilhører gruppen eldre, langtidssyke eller uføre som er i institusjon etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c.** 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-/evalueringsdato**	
Vedtaksdato		**Saks-/vedtaksnummer**	
Navn saksbehandler			

Bekreftelse fra innmelder (Må bekreftes med kryss)

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

Sted: **Dato:**

Signatur og stempel

Helse- og medisinskjema

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	☐	Matvarer	☐
Lokalbedøvelse	☐	Nikkel	☐
Andre legemidler	☐	Pollen	☐
Latex	☐	Annet	☐

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: _____