

Søknad om tannbehandling til voksne rusmiddelavhengige

Personer som på grunn av et rusmiddelproblem mottar tjenester etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav a-c og § 3-6 nr 2, eller er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) kan ha rett til nødvendig vederlagsfri tannbehandling. Jfr. Helse og omsorgsdepartementets Rundskriv Nr. I-2/2006 og Rundskriv Nr. I-4/2008.

Nødvendig tannhelsehjelp skal gis vederlagsfritt når den rusavhengige har vært, eller er ment å skulle være under behandling sammenhengende i tre måneder eller mer.

Utfylt skjema med kommunens bekreftelse om vedtak sendes nærmeste offentlige tannklinikk.
Det må foreligge en bekreftelse på at vedtaket er fattet før et eventuelt tilbud om gratis tannbehandling kan gis.

Helseskjema fylles ut og vedlegges.

Jeg ønsker tannbehandling og samtykker i at tannhelsetjenesten får informasjon om min helsetilstand, eventuell medisinbruk og annet som har betydning for tannhelse og tannbehandling.

Navn			
Fødselsnummer			
Postadresse			
Postnummer		Poststed	
Telefon			
Dato		Underskrift	
Eventuelle utfyllende opplysninger			

Undertegnede bekrefter at denne brukeren har vedtak om pleie- og omsorgstjenester og oppfyller kravene for å ha rett til vederlagsfri tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten.

Sett kryss ved riktig vedtaksgrunnlag og bekreft varighet:

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav a (helsetjenester i hjemmet), minst en gang i uka
- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav b (personlig assistanse, herunder praktisk bistand, opplæring og støttekontakt), minst en gang i uka
- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6, bokstav c (plass i institusjon, herunder sykehjem)
- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 2 (pårørendestøtte i form av avlastningstiltak)
- LAR (legemiddelassistert rehabilitering)
- Privat rusinstitusjon med avtale med et kommunalt eller statlig helseforetak

- Bekrefter at vedtaket er ment til å vare i tre måneder eller mer

Vedtaksdato		Vedtak gyldig til og med dato	
Sted(kommune/etat) og dato		Underskrift saksbehandler	
Kontaktperson		Telefon	

Vedlegg: 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 oppfattelse 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 →

Side 2 av 2

Sykdomstilstander og medisinbruk

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

Dato: _____

Signatur: _____