

Godkänt: 2021-02-16  
Giltigt t.o.m:Ver.nr: 5.0  
Dnr:

## Anmälningssblankett för överlåtelse vårdval inom barn- och ungdomstandvård

### Patient (vänligen texta läsligt)

Namn:	Personnummer:
Adress :	Ev alt adress :
Postnr:	Ort:
Telefonnr:	Alt. Telefonnr:

Med namnteckning bekräftas val av undertecknad tandläkare/klinik som ansvarig för ovan patients avgiftsfria barn- och ungdomstandvård.

---

**Datum** **Namnteckning/Myndig patient eller målsman**

*(Detta fält fylls i av den "nya", övertagande vårdgivaren)*

Undertecknad ansvarar för att angiven patient erbjuds fullständig tandvård i enlighet med det avtal jag/min klinik tecknat med Region Dalarna

Vårdansvarig tdl.

Namnteckning Tandläkare	Datum	
Namn i klartext/stämpel	Adress/stämpel	

Färdigställd anmälningssblankett sparas på kliniken under minst 2år (scanna den gärna till journalen). Vid revision från Tandvårdsstöd Dalarna ska vårdvalsblanketten kunna uppvisas.

Övertagande klinik behöver ej sända blanketten till avlämnande klinik (de får meddelande om avlistning via Symfoni- Listningshändelser). Avlämnande klinik lämnar journaler vid anmodan från mottagande klinik.