# Patient

|  |  |
| --- | --- |
| Personnummer | Namn |
|       |       |

Som vårdgivare övertas ansvaret för denna patients tandvård enligt Region Västmanlands barntandvårds-program (för privat vårdgivare krävs särskilt avtal med Region Västmanland). ***Innan omlistning kan ske till annan vårdgivare ska patienten vara färdigbehandlad. Blanketten används även när patienten har varit avlistad och ska listas på igen.***

# Klinik

|  |
| --- |
| Övertagande klinik |
|       |

|  |
| --- |
| Namnstämpel eller förtydligande samt adress |
|       |

*Jag lämnar mitt tillstånd till att journal, röntgenbilder samt eventuella studiemodeller, som lån, översändes till ovanstående tandläkare.*

|  |
| --- |
| Underskrift myndig patient eller vårdnadshavare för ovanstående patient |
| Namnförtydligande:  |

## Blanketten sändes till:

Region Västmanland

Tandvårdsenheten

721 89 Västerås

# Överlämnande klinik/tidigare behandlande tandläkare:

## *Överlämnande vårdgivare ska skyndsamt skicka över journalkopior och röntgen till mottagande vårdgivare. Omlistningsblanketten ska medfölja journalkopia eller om barnet inte har besökt den kliniken, skicka ändå med omlistningsblanketten med den informationen.*

|  |
| --- |
|  |
|  |