# 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.***

# 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 arkiveras på kliniken, efter underskrift av myndig patient eller vårdnadshavare.