Region Östergötland

Begäran om förhandsbedömning

ver 2017-01-01

Bedömningen avser **Nödvändig tandvård:** ☐	**Långvarig sjukdom (F):** ☐ (Ange 1-11)		FHB-nummer
Tandvård som led i sjukdomsbeh.: ☐ (Ange 1-15)		**Komplettering av FHB nr**	
Behandlingsperiod påbörjad ☐ (datum)		☐ Samma behandling, nytt belopp ☐ Tillkommande behandling ☐ Annat, anges	

Medsänt material

☐ Rtg.bilder,antal: ☐ Journalkopia ☐ Läkarintyg,motsv. ☐ Modeller ☐ Övrigt

Vårdgivaruppgifter	Patientuppgifter (personnummer, namn)

Tanduppgifter

Tand	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Föregående tandvård																																
Karies																																
Parodontal diagnos																																

Anamnes, sjukdomsbeskrivning, behandlingsplan och prognos

Planerad behandling

Tand	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Tand	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Behandlande tandläkares underskrift

Datum	Namnteckning	Beräknat totalpris

Region Östergötlands godkännande

☐ Faktura avseende behandling och pris enl FTV-taxa kommer att godkännas ☐ Faktura avseende behandling och pris kommer inte att godkännas ☐ Se bilaga	Ankomstdatum
Underskrift Beslutsfattare	Datum för beslut

Tandvårdsenheten
"Förhandsbedömning"

POSTADRESS
Region Östergötland
581 91 Linköping

TELEFON
010-1037327
e-post: region@regionostergotland.se

Datum

BERÄKNINGSUNDERLAG

SUMMA ENLIGT BLAD 1:

	ÅTG	ANTAL	
ÖVRIGA ÅTGÄRDER			
EX.VIS UNDERSÖKN.			
PROFYLAX			
PROTETIK ETC			
MATERIAL			
ÄDELMETALL			
PROTESTÄNDER			
ÖVRIGT			
	MIN	LAT	
TIDSDEBITERING			
SUMMA			