

Bilaga 2 Utlåtande om mun- och tandhälsa (oral hälsa)

Placerade barn/unga efter begäran från socialtjänsten

Utlåtande om mun- och tandhälsa (oral hälsa)

Enligt lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Undersökande enhet

Adress:

Postnr:

Ort:

Undersökande tandläkare:

Telefonnummer:

Patientens namn:

Patientens personnummer:

Av undersökande tandläkares beskrivning ska klart framgå patientens aktuella orala hälsa, vårdbehov och tandvårdsituation i övrigt. Utlåtandet är en del i socialtjänstens underlag för en samlad bedömning av barnets hälsa, och utgör underlag för socialtjänstens planering och beslut om placering och vård utanför det egna hemmet.

Samtycke att genomföra undersökningen och få åtkomst till journalhandlingar från annan behandlare eller vårdgivare avseende patienten har inhämtats:

☐ Nej ☐ Ja

Sammanfattande odontologisk bedömning av patientens mun- och tandhälsa:

Sammanfattande odontologisk bedömning av risk för ohälsa i munnen (förhöjd risk/låg risk):

Sammanfattande bedömning av tandvårdsbehovet:

Inom vilken tid behöver patienten erbjudas en tid hos tandvården för behandling? (akutvård/planerad vård inom xx månader?):

Har patienten subjektiva besvär avseende sina tänder?

Tecken på trauma/tidigare trauma/skada (trauma = skada orsakad av yttre omständigheter):

Patientens förmåga till Kooperation (samarbete) under besöket:

Finns det tidigare återkommande sena återbud/uteblivande till planerade vårdbesök? Byte av behandlare eller omlistning till annan vårdgivare? Tidigare orosanmälan till Socialtjänsten?

Fullständig odontologisk bedömning, avsedd för framtida vårdgivare:

Lämpligt revisionsintervall:

Föreligger ett tandvårdsbehov?

☐ Ja

☐ Nej

Om inget tandvårdsbehov finns behöver nedanstående uppgifter inte fyllas in!

Undersökningsfynd – extraorala och intraorala:

Undersökning – Röntgen, typ/datum samt fynd:

Undersökning – Bett/bettutveckling/bettfel/behov av visning hos specialisttandläkare i tandreglering:

Undersökning – Munhygien/förekomst av plack/gingivit/parodontit:

Undersökning – Bedömning rörande behov av sjukdomsbehandling/profylax/kostrådgivning:

Övrigt:

Ort, datum:

Tandläkarens underskrift
