

## LÄKARINTYG

för särskilt tandvårdsbidrag till  
förebyggande tandvårdsåtgärder  
enligt 2 kap. 1 a § lagen (2008:145)  
om statligt tandvårdsstöd

### 1. Personuppgifter

Efternamn och förnamn		Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Postort	
Identiteten styrkt genom <input type="checkbox"/> personlig kännedom <input type="checkbox"/> identitetshandling			

### 2. Sjukdom eller funktionsnedsättning

<input type="checkbox"/> Långvarig behandling med läkemedel som har muntorrhet som biverkning enligt FASS <i>Fyll även i 3.1</i>
<input type="checkbox"/> Strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen
<input type="checkbox"/> Sjögrens syndrom som diagnostiserats enligt de amerikansk-europeiska kriterierna
<input type="checkbox"/> Kronisk obstruktiv lungsjukdom med ordinerad syrgas eller näringsdryck
<input type="checkbox"/> Cystisk fibros
<input type="checkbox"/> Ulcerös colit
<input type="checkbox"/> Crohns sjukdom
<input type="checkbox"/> Tarmsvikt på grund av tunntarmssjukdom som ger malabsorption eller kortarmssyndrom. Oral, enteral eller parenteral nutritionsbehandling eller vätskebehandling har ordinerats.
<input type="checkbox"/> Anorexia nervosa eller bulimia nervosa
<input type="checkbox"/> Gastroesofageal refluxsjukdom som diagnostiserats med 24-timmars pH-mätning eller som synlig esofagit med hjälp av endoskopi
<input type="checkbox"/> Svårinställd diabetes där patientens blodsockernivå under en period om minst sex månader haft ett genomsnitt av tre på varandra följande värden på HbA1c över 73 mmol/mol samtidigt som patientens följsamhet till adekvat behandling varit god
<input type="checkbox"/> Dialysbehandling (pågående)
<input type="checkbox"/> Immunosuppression på grund av behandling med cytostatiska, cytotoxiska eller immunosuppressiva läkemedel som tillhör grupp L01 respektive L04 i ATC-systemet (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) <i>Fyll även i 3.2</i>
<input type="checkbox"/> Organtransplantation. Patienten får immunosupprimerande läkemedelsbehandling som bedöms bli livslång.

### 3. Kompletterande information

<b>3.1 Långvarig behandling med läkemedel som har muntorrhet som biverkning enligt FASS</b>	
Ange det eller de läkemedel som patienten behandlas med	Ange hur lång tid behandlingen förväntas pågå
<b>3.2 Immunosuppression på grund av läkemedelsbehandling</b>	
Ange det eller de läkemedel som patienten behandlas med	

### 4. Ovanstående uppgifter intygas

Ort och datum	Läkarens namnteckning	
Läkarens efternamn och förnamn	Befattning	
Tjänsteställe		
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	