

Övertagande av vårdansvar

Patient

Personnummer	Förnamn	Efternamn

Jag önskar att undertecknad tandläkare övertar ansvar för ovan namngivna persons tandvård. Jag medger att uppgifter i journalhandlingar samt röntgenbilder och övrig dokumentation av värde får överlämnas till övertagande tandläkare.

Vårdnadshavare/myndig patient

Namnteckning vårdnadshavare/myndig patient
Namnförtydligande vårdnadshavare

Härmed övertas ansvaret för ovan angiven patients tandvård.

Vårdgivare/Ansvarig tandläkare

Vårdgivare (Tandvårdsföretag)	Datum
Namnteckning Ansvarig tandläkare	Adress
Namnförtydligande	Postort

Till föregående vårdgivare

Ifylls i de fall journalhandlingar etc. önskas från tidigare vårdgivare.

Tacksam om följande handlingar rörande denna patient översänds

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopia av journalhandlingar | <input type="checkbox"/> Foto |
| <input type="checkbox"/> Modeller | <input type="checkbox"/> Röntgen |
| <input type="checkbox"/> Övrigt..... | |

Blanketten sänds till Tandvårdsenheten
Kopia kan sändas till föregående vårdgivare

Tandvårdsenheten
Region Sörmland
611 88 NYKÖPING