



S-tandvård: (Ange S1-S15)	N-tandvård: <input type="checkbox"/>	F-tandvård: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Komplettering <input type="checkbox"/> Ändring <input type="checkbox"/> Tidigare bedömd		
Bifogat material		
<input type="checkbox"/> Röntgen, foton <input type="checkbox"/> Journalkopia <input type="checkbox"/> Läkartyg, motsv. <input type="checkbox"/> Modeller <input type="checkbox"/> Övrigt		
Vårdgivaruppgifter		Patientuppgifter (personnummer, namn)

Tanduppgifter

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

Anamnes, sjukdomsbeskrivning, behandlingsplan och prognos

--

Planerad behandling (koder enligt regionens ersättningslista)

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

Övrig behandling (undersökning, förebyggande vård m m)

Åtgärd	Antal	Åtgärd	Antal	Åtgärd	Antal	Åtgärd	Antal	Åtgärd	Antal	Åtgärd	Antal

Ansvarig tandläkares underskrift

Datum	Namnsteckning	Beräknat totalpris
-------	---------------	--------------------

Regionens besked

<input type="checkbox"/> Faktura avseende behandling kommer att godkännas <input type="checkbox"/> Faktura avseende behandling kommer ej att godkännas <input type="checkbox"/> Se bilaga	Kommentar
Underskrift	Datum