

## Övertagande av vårdansvar

Personnummer	Förnamn	Efternamn
--------------	---------	-----------

Jag väljer tandvårdskliniken och tandläkaren nedan för ovan namngivna persons tandvård.

Jag lämnar mitt tillstånd till att journalhandlingar inklusive röntgenbilder och uppgift om planerat nytt undersökningsdatum får lämnas till övertagande tandvårdsklinik.

OBS! Även vid behov av akut tandvård ska alltid den valda kliniken kontaktas om det är möjligt.

För personer under 18 år väljer vårdnadshavaren. Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna stå bakom valet.

### Vårdnadshavare eller myndig patient

Namnteckning vårdnadshavare eller myndig patient
Namnförtydligande vårdnadshavare

Härmed övertas ansvaret för ovan angiven persons tandvård.

### Vårdgivare och ansvarig tandläkare

Vårdgivare (Tandvårdsföretag)	Patientansvarig tandläkare
Datum	Patientansvarig tandläkares namnteckning

### Till föregående vårdgivare

Ifylls i de fall journalhandlingar etc. önskas från föregående 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