

Anmälan om byte av tandläkare inom barn- och ungdomstandvård

Uppgifter om tandläkare

Ny tandläkare:

Tandläkaren ovan ska ansvara för barn- och ungdomstandvården. Jag godkänner att journalhandlingar överlämnas av tidigare tandläkare.

.....
Tidigare tandläkare /klinik

Personuppgifter

.....
Barnets namn

.....
Barnets personnummer (10 siffror)

.....
Målsmans/myndigs underskrift och namnförtydligande

.....
Datum

Målsmans underskrift behövs inte för den som är myndig.

Fylls endast i av privattandläkare

Jag övertar ansvaret för patienten ovan. Med ansvaret följer att jag ikläder mig de rättigheter och skyldigheter som fastställts i "Praktiska instruktioner för barn- och ungdomstandvård i Jönköping län" samt de framtida villkorsändringar som beslutas av Region Jönköpings län.

.....
Klinikadress

.....
Underskrift och namnförtydligande

.....
Datum

Ifylld blankett skickas till:

Folkhälsa och sjukvård/Bedömning tandvård, Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping