



Vårdgivaranmälan

Allmäntandvård barn- och unga vuxna

Patient

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

Jag godkänner att uppgiften registreras i databas.

Jag lämnar mitt tillstånd till att journalkopia, röntgenbilder samt eventuella studiemodeller, som lån, översändes till övertagande tandläkare.

Vårdnadshavarens/patientens godkännande	Datum
---	-------

Jag åtar mig att ge ovanstående patient fullständig allmäntandvård och förbinder mig att följa Region Västernorrlands anvisningar och riktlinjer angående barn och ungdomstandvård.

Vårdgivarens underskrift	Datum
Namnförtydligande/klinikstämpel	
Adress	
Org nr.	

Original insändes till: Region Västernorrland
 Vårdval, Tandvård barn- och unga
 871 85 Härnösand

Skicka kopia till den klinik från vilken bytet sker.
Ge gärna en kopia av vårdgivaranmälan till patienten.