

Beskrivning av omvårdnadsbehov för bedömning av möjlighet till tandvårdskort inom tandvårdsstödet Nödvändig tandvård (N)

Blanketten används av medicinsk personal t.ex. läkare/distriktssköterska/psykiatrisjuksköterska. Den kan även användas av biståndsbedömare, enhetschefer eller motsvarande i kommunen. Används i de fall där det är osäkert om personen uppfyller kraven för tandvårdsstödet N-tandvård.

Är du läkare, distrikts- eller psykiatrisjuksköterska? Läs i så fall detta först:

- Om personen har beslut om LSS-insats – **hänvisa till kommunens LSS-handläggare**
- Om personen har pågående hemtjänstinsatser – **hänvisa till kommunens biståndshandläggare** eller enhetschef för hemtjänsten
- Om personen bor i ett vård- och omsorgsboende, dvs. ett boende med personal dygnet runt – **hänvisa till sjuksköterska eller enhetschef på boendet**

Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer
Adress	
Postnummer och ort	

Allmän hälsa och annan viktig information

Beskriv sjukdomar och funktionshinder (bifoga gärna eventuell medicinlista)

1 Välj ett av alternativen

Har personen omvårdnadsbehov, men det är osäkert om de är tillräckligt omfattande för att få tandvårdsstöd?

Besvara endast frågorna på sidan 2.

Bor personen i ordinärt boende utan insatser från kommunen, men med hjälp av anhöriga?

Besvara endast frågorna på sidan 2.

Har personen en psykisk funktionsnedsättning?

Besvara endast frågorna på sidan 3.

Information: Beställarenheten för tandvård, Region Gävleborg, 801 88 Gävle
Telefon: 026 – 15 57 26
bestallarsidan.tandvard@regiongavleborg.se

Beskrivning av omvårdnadsbehov

för bedömning av möjlighet till tandvårdskort inom tandvårdsstödet Nödvändig tandvård (N)

Blanketten används av medicinsk personal t.ex. läkare/distriktssköterska/psykiatrisjuksköterska. Den kan även användas av biståndsbedömare, enhetschefer eller motsvarande i kommunen, i de fall där det är osäkert om personen uppfyller kraven för tandvårdsstödet N-tandvård.

Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer

2. Beskrivning av det dagliga behovet av vård, omsorg och stöd

Kliva i och ur sängen Vem står för ev. hjälp? Andra kommentarer	<input type="checkbox"/> Klarar själv	<input type="checkbox"/> Delvis hjälp	<input type="checkbox"/> Hel hjälp
---	---------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Personlig hygien (t.ex. toalettbesök, tandborstning, dusch) Vem står för ev. hjälp/påminnelse? Andra kommentarer	<input type="checkbox"/> Klarar själv	<input type="checkbox"/> Delvis hjälp	<input type="checkbox"/> Hel hjälp
--	---------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Klä på sig/Klä av sig (inkl. stödstrumpor) Vem står för ev. hjälp? Andra kommentarer	<input type="checkbox"/> Klarar själv	<input type="checkbox"/> Delvis hjälp	<input type="checkbox"/> Hel hjälp
--	---------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Medicinintag Vem står för ev. hjälp/påminnelse? Andra kommentarer	<input type="checkbox"/> Klarar själv	<input type="checkbox"/> Delvis hjälp	<input type="checkbox"/> Hel hjälp
---	---------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Hjälp vid måltider/matintag Vem står för ev. hjälp/påminnelse? Andra kommentarer	<input type="checkbox"/> Klarar själv	<input type="checkbox"/> Delvis hjälp	<input type="checkbox"/> Hel hjälp
--	---------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Förflytta sig inomhus Vem står för ev. hjälp? Andra kommentarer	<input type="checkbox"/> Klarar själv	<input type="checkbox"/> Delvis hjälp	<input type="checkbox"/> Hel hjälp
---	---------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Är inskriven i palliativt team eller palliativ vård? Kommentarer:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
---	-----------------------------	------------------------------

Har tillsyn nattetid, trygghetslarm eller motsvarande? Kommentarer:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
---	-----------------------------	------------------------------

Skulle individen kunna klara sig helt själv i eget boende? Kommentarer:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
---	-----------------------------	------------------------------

Beskrivningen ovan gjord av

För- och efternamn	Befattning
Arbetsplats	Telefon
Adress, postnummer och ort	E-postadress
Namn-teckning	Datum

Beskrivning av omvårdnadsbehov

för bedömning av möjlighet till tandvårdskort inom tandvårdsstödet Nödvändig tandvård (N)

Blanketten används av medicinsk personal t.ex. läkare/distriktssköterska/psykiatrijuksköterska. Den kan även användas av biståndsbedömare, enhetschefer eller motsvarande i kommunen, i de fall där det är osäkert om personen uppfyller kraven för tandvårdsstödet N-tandvård.

Psykisk funktionsnedsättning

Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer
Adress	
Postnummer och ort	

3. Beskrivning av psykisk funktionsnedsättning

Har personen ett omfattande och varaktigt omvårdnadsbehov eller finns behov av ett vård- och omsorgsboende/gruppboende?

Ja Nej

Har personen långvarig allvarlig psykosjukdom som har pågått i mer än 1 år?

Ja Nej

Har personen bestående och omfattande social funktionsnedsättning, t.ex. svår affektiv sjukdom och/eller svår schizofreni (diagnos F20)

Ja Nej

Har personen själv kapacitet att sköta sin personliga omvårdnad, inklusive tandvård samt förmåga att söka hjälp vid behov?

Ja Nej

Samtliga frågor ska besvaras för att en bedömning om rätt till N-tandvård ska kunna göras.

Om personen inte uppfyller kraven för N-tandvård kan tandvårdsstödet "Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning" (F-tandvård) [SOSFS 2012:17](#) eller tandvårdsstödet "Särskilt tandvårdsbidrag" (STB) [SOSFS2012:16](#) sökas. Se [Socialstyrelsens föreskrifter för STB](#).

Se Beställarenhetens anvisningar på [Region Gävleborgs särskilda tandvårdsstöd - Region Gävleborg \(regiongavleborg.se\)](https://regiongavleborg.se).

Beskrivningen ovan gjord av

För- och efternamn	Befattning
Arbetsplats	Telefon
Adress, postnummer och ort	E-postadress
Namnteckning	Datum