

Vårdgivaransmälan

Barn- och ungdomstandvård

Blankett för byte av/listning hos vårdgivare. **Samtliga uppgifter skall fyllas i.**

Patientens uppgifter

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

Vårdnadshavare / Patient

Jag godkänner att uppgiften registreras i databas.

Datum	Vårdnadshavares/Patientens underskrift
-------	--

Tandläkarens uppgifter

Jag åtar mig att ge ovanstående patient fullständig allmäntandvård och förbinder mig att följa Region Gävleborgs rutin *Allmäntandvård för barn och unga*.

Ansvarig tandläkare

Tandläkarens underskrift	Klinikstämpel
Namnförtydligande	
Datum	

Organisationsnummer

Bank- eller postgiro

--	--

Undertecknat original insändes till:

Beställarenheten för tandvård, Region Gävleborg, 801 88 Gävle

Ge gärna en kopia av vårdgivaransmälan till patienten.