



Tilbudsskjema

Bekreftelse på at bruker har krav på tilbud om gratis tannbehandling pga rusmiddelavhengighet.

- Personer som på grunn av et rusmiddelproblem mottar tjenester etter Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr 6, bokstav b i minst 3 måneder
- Personer som er i legemiddelassistert rusbehandling (LAR)
- Personer som er innlagt på institusjon for rusmiddelavhengige (rusinstitusjon som er godkjent av Helse Nord HF). (C3)- minst 3 måneder.

Jeg samtykker at tannhelsetjenesten kan innhente informasjon om helsetilstanden min og medisinbruk, da dette kan ha betydning for tannhelsen og tannbehandlingen.

Navn:

Fødselsnr: Mobiltelefon:

Adresse/postnummer:

Samtykke til gratis SMS påminning om timeavtale: Ja Nei

Dato: Underskrift:

Fylles ut av saksbehandler i kommunal rusomsorg/NAV:

Sett kryss i riktig rute.

- Vedtak om tjenester etter Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr 6, bokstav b i minst 3 måneder.
- Bekreftelse på at pasienten er i legemiddelassistert rusbehandling (LAR).
- Bekreftelse på at pasienten er innlagt på institusjon for rusmiddelavhengige (Godkjent av Helse Nord HF) Minst 3 måneder.

Fra dato

Slutt dato

Hvis ingen sluttdato, må brukeren få ny bekreftelse til neste behandlingsperiode.

Har brukeren behov for følge? Ja Nei

Støttekontakt: Tlf:

Skal innkalling gå gjennom støttekontakt? Ja Nei Begge

Hvis behov for følge sendes kopi av innkallingen til støttekontakt som har ansvar for at brukeren får følge til tannklinikken.

Dato: Kontakt tlf:

Underskrift: