

# Bedömningsunderlag N-tandvård

## Intyg om nödvändig tandvård och uppsökande munhälsobedömning

### Inledande frågor

Ja

Nej

Har personen LSS-beslut? Om JA hänvisa till LSS-handläggare i kommunen.		
Har personen hemtjänst mer än två gånger per dag? Om JA hänvisa till biståndshandläggare i kommunen.		
Bor personen i särskilt boende? Om JA hänvisa till biståndshandläggare eller enhetschef i boendet.		

### Personuppgifter

Patientens efternamn och förnamn	Personnummer	Telefon
Adress	Postnummer och ort	E-post
Kontaktperson	Telefon	E-post

### Medicinsk bedömning

Journaluppgifter fr.o.m.	Min patient sedan	Senast undersökt
Diagnos	Debut	
Tillståndets svårighetsgrad och prognos		
Beskriv påverkan i det dagliga livet		

### Beskrivning av dagligt omvårdnadsbehov

### Kommentarer

<b>Kliva ur sängen</b> <input type="checkbox"/> Kan själv <input type="checkbox"/> Delvis hjälp <input type="checkbox"/> Hel hjälp	
<b>Personlig hygien</b> <b>Tandborstning</b> <input type="checkbox"/> Kan själv <input type="checkbox"/> Delvis hjälp <input type="checkbox"/> Hel hjälp <b>Dusch</b> <input type="checkbox"/> Kan själv <input type="checkbox"/> Delvis hjälp <input type="checkbox"/> Hel hjälp <b>Toalettbesök</b> <input type="checkbox"/> Kan själv <input type="checkbox"/> Delvis hjälp <input type="checkbox"/> Hel hjälp	
<b>Klä på/av sig</b> <input type="checkbox"/> Kan själv <input type="checkbox"/> Delvis hjälp <input type="checkbox"/> Hel hjälp	
<b>Äta</b> <input type="checkbox"/> Kan själv <input type="checkbox"/> Delvis hjälp <input type="checkbox"/> Hel hjälp	

**Beskrivning av kognitivt funktionshinder****Kommentarer**

<b>Kognitivt funktionshinder</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<b>Begränsad verklighetsuppfattning</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<b>Minnesstörningar</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<b>Bristande sjukdomsinsikt</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<b>Planerar och genomför dagliga aktiviteter</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<b>Stödfunktioner</b> Boendestöd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej God man <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Förvaltare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Övrig (t.ex. närstående) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

**Övrig information**

--

**Uppsökande munhälsobedömning**

En del av stödet N-tandvård är uppsökande munhälsobedömning. Uppsökande munhälsobedömning innebär en kostnadsfri bedömning av munhälsan i hemmet varje år. Bedömning och rådgivning utförs av en tandhygienist. Patienten ska alltid ges erbjudandet och svara "ja" eller "nej".

<input type="checkbox"/> Ja	Patienten vill ta del av erbjudandet om uppsökande munhälsobedömning. Kontakta då: _____ på telefon: _____
<input type="checkbox"/> Nej	Patienten avstår från uppsökande munhälsobedömning

**Tagit del av/medgivande**

<input type="checkbox"/>	Patienten har tagit del av vad erbjudandet om uppsökande munhälsobedömning och nödvändig tandvård innebär och medger att uppgifter enligt ovan överlämnas till Region Västerbotten.
--------------------------	---

**Underskrift** av utfärdare av bedömningsunderlaget

Utfärdarens namnteckning	Namnforttydligande
Ort och datum	Utfärdarens tjänstställning
Utfärdarens arbetsadress	Utfärdarens telefonnummer
	Utfärdarens e-post

**Skickas till:**  
**Region Västerbotten**  
**Tandvårdsstöd**  
**901 89 Umeå**

Vid frågor kontakta Tandvårdsstöd Region Västerbotten  
 E-post: tandvardsstod@regionvasterbotten.se  
 Telefon: 090-785 71 95  
 Besöksadress: Regionens hus, Köksvägen 11, Umeå