|  |  |
| --- | --- |
| **Kundvalsenheten** | **ÖVERTAGANDE AV VÅRDANSVAR**För barn och ungdomar |
| **Patient** |
| För- och efternamn | Personnummer |
|       |       |
| Jag önskar att undertecknad tandläkare övertar ansvar för ovan namngivna persons tandvård.Jag medger att uppgifter i journalhandlingar samt röntgenbilder och övrig dokumentation av värde för tandbehandling avseende ovan namngivna person, överlämnas till övertagande tandläkare. |
| **Underskrift** |
| Ort och datum |
|       |
| Namnteckning, vårdnadshavare/myndig patient | Namnförtydligande |
|  |       |
| Härmed övertas ansvaret för ovan angivna patients tandvård. Jag förbinder mig att följa anvisningar och riktlinjer som gäller för fritt val av vårdgivare inom barn- och ungdomstandvården i Region Kronoberg. |
| **Vårdgivare/Ansvarig tandläkare** |
| Vårdgivare/Tandvårdsföretag |
|       |
| Adress | Postnummer | Ort |
|       |       |       |
| Telefonnummer | E-post |
|       |       |
| **Underskrift** |
| Ort och datum |
|       |
| Namnteckning, ansvarig tandläkare | Namnförtydligande |
|  |       |
| **Blanketten sändes till:**Kundvalsenheten, Tandvård, Dockanhuset, Region Kronoberg, 351 85 Växjö |