|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | |