

Henvisning til offentlig tannklinikk fra kommunal og statlige rustjenester

Til _____ tannklinikk

Sted og dato: _____

Pasientens navn: _____

Fødselsnummer: _____

Adresse: _____

Postnr. og – sted _____

Telefon: _____

Kommune: _____

For pasienter i kommunal rusomsorg:

Bekreftelse på at pasienten er under kommunalt tiltak på grunn av sitt rusmiddelmissbruk og mottar tjenester som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, nr.6:

NB: Kryss av for riktig tjenestetilbud:

- § 3-2 nr. 6 bokstav a; *(aktivt vedtak om Helsetjenester i hjemmet, med varighet over 3 mnd. sammenhengende og minst en gang pr. uke.*
- § 3-2 nr. 6 bokstav b; *(Personlig assistent, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt)*
- § 3-2 nr. 6 bokstav c; *(Plass i institusjon, herunder sykehjem)*
- § 3-2 nr. 6 bokstav d; *(Avlastningstiltak)*

Vedtaksperiode:

For pasienter i statlige rustjenester:

Bekreftelse på at pasienten er under statlig tiltak på grunn av sitt rusmiddelmissbruk og mottar hjelp fra følgende tjenestetilbud:

Ved behov for akutt behandling: (*smarter i tenner og akutte infeksjoner el.*)

NB: Kryss av for riktig tjenestetilbud

- Pasienter som er innlagt ved SiV, Avd. for rusbehandling
- Pasienter ved SiV, DPS v/Ruspoliklinikk/rusteam
- Pasienter som er innskrevet i LAR-ordningen i SiV

Ved behov for ordinær og rehabiliterende tannbehandling:

NB: Kryss av for riktig tjenestetilbud

- Pasienter som nå er innlagt ved SiV, Avd for rusbehandling, seksjon 2, med varighet 3 mnd. i døgnavdeling og videreføring i poliklinikk ved seksjon 2 eller DPS og som har hatt god ruskontroll i mer enn 3 mnd. sammenhengende.
- Pasienter som nå er innlagt ved SiV, Avdeling for rusbehandling, seksjon 3 og som har vært det i mer enn 3 mnd. sammenhengende
- Pasienter som er innskrevet i LAR- ordningen i SiV.

Plan for videre oppfølging i rusfeltet:

Ved bruk av medikamenter i gruppe A og B må behandlende tannlege kontakte pasientens fastlege.

Ved spørsmål eller behov for ytterligere avklaringer, kan undertegnede kontaktes:

Navn: _____

Tittel: _____

Telefon: _____

Henvisers signatur

Jeg bekrefter at jeg ønsker henvisning til tannbehandling, og samtykker i at Tannhelsetjenesten kan innhente nødvendige opplysninger om min helsetilstand, medikamentbruk og plan for videre oppfølging.

Jeg samtykker også i at Tannhelsetjenesten kan samarbeide med henviser ved behov.

Pasientens signatur