



HENVISNINGSSKJEMA

for kommunal rusomsorg og
statlig rusinstitusjon



HENVISNING – TANNHELSETILBUD TIL RUSMIDDELMISBRUKERE

Forutsetning for at det skal gis gratis tannhelsetilbud

1. Personer som på grunn av rusmiddelproblem mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, c og d, jf § 3-1 første og annet ledd og § 2-la i pasient- og brukerrettighetsloven.
2. Pasienter godkjent for LAR-behandling har samme rettigheter.
3. Pasienter på statlig rusinstitusjon har rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester i Den offentlige tannhelsetjenesten i kommunen der rusinstitusjonen er, forutsatt at oppholdet i institusjon har en varighet på minst tre måneder.
4. Pasienter i rusomsorg som er/ser ut til å bli langtidspasienter (dvs. i minst 3 måneder sammenhengende), har rett til gratis tannhelsetilbud i Den offentlige tannhelsetjenesten fra de innmeldes, selv om de ikke har vært i 3 mnd. ennå.
5. Retten til gratis tannhelsetilbud gjelder bare under langtidsopphold i institusjon eller i kommunal rusomsorg med gjeldende vedtak etter §§ 3-1 og 3-2

ALLE nye pasienter med rett til gratis tannhelsetilbud

- skal informeres om deres rettigheter av rusomsorgen/institusjonen.
- skal få fylt ut henvisnings skjemaet som sikrer rett til gratis tilsyn og behandling i Den offentlige tannhelsetjenesten.

Skjemaet vil bli oppbevart som fortrolig journalopplysning.

- Fyll ut skjemaet for alle nye pasienter som blir innskrevet
- Send skjemaet til tilsynsklinikken (se under) eller til privat tannlege med avtale (gjelder bare kommunal rusomsorg).

Vi ønsker nye pasienter i rusomsorgen velkommen til den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland!

Vår adresse og vårt telefonnummer finner du her:

Registrering av pasienter i kommunal rusomsorg og statlig rusinstitusjon

Navn: Fødselsnr.:

Adresse: Postnr.: Sted:

Tlf.: Mobil:

Innskrivingsdato:

Institusjonsnavn/avd.: Tlf.:

Kontaktperson: Tlf.:

Kommunal rusomsorg Statlig rusinstitusjon

Er det behov for ledsager Bruker ønsker ikke ledsager

Beskrivelse av eventuelle problemer:

Sett x

Ønsker ikke tilsyn.

Ønsker tilsyn.

Helseskjema med opplysning om sykdom og medisinbruk er vedlagt

Dato: _____ Stempel _____ Underskrift av fagperson/ansvarlig _____

Bruker fritar rusomsorgen for taushetsplikt i behandlingsperioden

Pasientens underskrift _____