

Kontaktformulär, Barnhälsovården till Folk tandvården, FTV

Underlag för samverkan mellan Barnhälsovården och Folk tandvården vid misstanke om risk för karies, andra riskfaktorer eller då barnet inte haft kontakt med tandvården.

Barnets personuppgifter

Namn:

Personnummer/LMA-nummer:

Barnets vårdnadshavare

Namn:

Telefonnummer:

Behov av tolk:

Språk:

Samtycke av vårdnadshavare till kontakt:

Ja

Nej

Kontaktuppgifter till barnhälsovården

BHV-sjuksköterska/läkare:

BVC-enhet:

Adress:

Telefonnummer:

Orsak till samverkan

Välj ett eller flera alternativ som gäller orsaken till samverkan och eventuella riskfaktorer:

Vårdnadshavare uppger att barnet inte har haft kontakt med tandvården.
Karies eller bakteriebeläggningar på överkäkens framtänder.

Ogynnsamma vanor vad gäller mat och dryck, till exempel frekvent intag av söta produkter.

Söt dryck nattetid och söt dryck vid törst.

Avsaknad eller oregelbunden tandborstning med fluorid tandkräm.

Infektionsbenägenhet, sjukdom eller medicinering som kan påverka munhälsan.

Instabila sociala förhållanden eller frekventa uteblivanden eller återbud.

Övriga sociala faktorer (till exempel sociokulturell bakgrund med bristande kunskap om munhälsa).

Övriga riskfaktorer, till exempel karies hos syskon, tandvårdsrädsla hos vårdnadshavare.

Egen kommentar:

Datum och underskrift

Datum:

Underskrift:

Namnförtydligande:

Skicka formuläret via brev till barnets listade Folktandvårdsklinik eller närmaste Folktandvårdsklinik.

Återkoppling från Folktandvården

Vi har mottagit ert kontaktformulär gällande:

Barnets personuppgifter

Namn:

Personnummer/LMA-nummer:

Överlämning till behandlare

Uppgifterna har delgivits till behandlare som kommer att ta hand om ärendet.

Vänliga hälsningar,

Namn och profession:

Folktandvårdsklinik:

Adress:

Telefonnummer: