

## Remiss för munhälsobedömning

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnummer och postadress: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

- Jag tackar *ja* till erbjudandet om munhälsobedömningen och tar emot besök av tandvårdspersonal för en kostnadsfri munhälsobedömning och rådgivning. Jag bestämmer själv vilken tandläkare jag vill gå till när det gäller eventuell nödvändig tandvård.

Namnunderskrift: \_\_\_\_\_

- Kontaktperson

Datum: \_\_\_\_\_

**Sänd blanketten till:**  
Regionstab Samordning hälso-  
och sjukvård  
Beställarenheten för tandvård  
Box 601  
391 26 KALMAR