

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	
Namn-teckning, vårdnadshavare/myndig patient	Namn-förtydligande

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	
Namn-teckning, ansvarig tandläkare	Namn-förtydligande

Blanketten sändes till:

Kundvalsenheten
Region Kronoberg
Nygatan 20
351 88 Växjö