Remiss och konsultation mall

Parodontologi – Remiss eller konsultation

(Stryk den det inte gäller!!)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Remittent: | xxxx | Patient: | xxxx |
| Tele: | xxxx | Pers nr: | xxxx |
| Adress: | xxxx | Tele: | xxxx  |

*För att remissen ska bedömas ska nedanstående uppgifter vara ifyllda och det ska finnas aktuella röntgenbilder som täcker frågeställningen.*

**Först när patienten är undersökt vid Avd. för Parodontologi övergår ansvaret för patienten från remittenten till behandlaren på remissinstansen. Ansvaret gäller dock endast den vård som remissen avser.**

*Bifoga:*

* *Hälsodeklaration ( sjukdomar,medicinering, allergi, tobak och annat)*
* *Aktuellt och ev tidigare parodontalt status (inkl fickdjup, blödning, mobilitet och furkationsinvolveringar)*
* *Aktuella och ev. tidigare röntgen kring problemområde och/eller 4 stående bitewing med bennivå tydligt avbildad, vilka täcker frågeställningen*
* *Foto ( framförallt vid konsultationsremiss.)*

**Aktuell frågeställning:**

**Problembeskrivning:**

**Diagnos och klassificering:**

**Tidigare utförd parodontal/periimplantär behandling och behandlingssvar:**

**Bedömning av patientens motivation och egenvård:**

**Planerad behandling under väntetid:**

**Protetiskt behandlingsbehov:**

**Tandvårdsstöd Dalarna, försäkringsbolag, garanti:**

**Kan komma med kort varsel (24h):** ja/nej

**Vid periimplantit** (*radera om ej aktuellt*)

* Implantatfabrikat:
* Var har implantatet installerats: (klinik)
* När installerades implantatet: (bifoga ev rtg från installation)
* Tidigare implantatproblem: (mekaniska/biologiska)
* Typ av överkonstruktion: (skruvretinerad/cementerad/overdenture)

**För implantatpatienter** (*radera om ej aktuellt*)

* Önskad fixturplacering:
* Implantatfabrikat:
* Vem utför protetisk ersättning?
* Bruxism?
* Utbytespaket?
* Finns kronor på granntänder som är gjorda inom 2 år?