



Tandvårdsstöd Dalarna

BESKRIVNING AV OMVÅRDNADSBEHOV
för bedömning av möjlighet till särskilt tandvårdsstöd, s.k. N-tandvård

Blanketten används av medicinsk personal t ex läkare/sjuksköterska/psykiatrisjuksköterska. Den kan även användas av biståndshandläggare, enhetschef eller motsvarande i kommunen, i de fall där det är osäkert om personen uppfyller kraven för tandvårdsstödet N-tandvård.

Är du läkare, sjuk- eller psykiatrisjuksköterska? Läs i så fall detta först:

- Om personen har beslut om LSS-insats – Fyll INTE I DENNA BLANKETT utan hänvisa till kommunens LSS-handläggare.
- Om personen har pågående hemtjänstinsatser - Fyll INTE I DENNA BLANKETT utan hänvisa till kommunens biståndshandläggare eller enhetschef för hemtjänsten.
- Om personen bor i ett särskilt boende, dvs. ett boende med personal dygnet runt - Fyll INTE I DENNA BLANKETT utan hänvisa till Bistånds/LSS-handläggare, Sjuksköterska på boendet alternativt enhetschefen på boendet.

Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer	Ort

Allmän hälsa och annan viktig information

Beskriv sjukdomar och funktionshinder samt övrigt att ta hänsyn till:

1. Välj ett av alternativen

- Har personen omvårdnadsbehov, men det är osäkert om det är tillräckligt omfattande för att få tandvårdsstöd?
Besvara endast frågorna på sidan 1 + 2.
- Bor personen i eget boende utan insatser från kommunen, men med hjälp av t ex anhöriga?
Besvara endast frågorna på sidan 1 + 2.
- Är personen psykiskt funktionshindrad?
Besvara endast frågorna på sidan 1 + 3.



Tandvårdsstöd Dalarna

BESKRIVNING AV OMVÅRDNADSBEHOV
för bedömning av möjlighet till särskilt tandvårdsstöd, s.k. N-tandvård**2. Beskrivning av det dagliga behovet av vård, omsorg, hjälp och stöd**

Kliva i och ur sängen Vem hjälper?	<input type="checkbox"/> Klarar själv <input type="checkbox"/> Delvis hjälp <input type="checkbox"/> Hel hjälp
--	--

Personlig hygien (bl.a. dusch, tandborstning, toalettbesök) Vad består hjälpen av och vem hjälper?	<input type="checkbox"/> Klarar själv <input type="checkbox"/> Delvis hjälp <input type="checkbox"/> Hel hjälp
--	--

Klä på sig / Klä av sig Vad består hjälpen av och vem hjälper?	<input type="checkbox"/> Klarar själv <input type="checkbox"/> Delvis hjälp <input type="checkbox"/> Hel hjälp
--	--

Hjälp vid måltider / matintag Vad består hjälpen av och vem hjälper?	<input type="checkbox"/> Klarar själv <input type="checkbox"/> Delvis hjälp <input type="checkbox"/> Hel hjälp
--	--

Är inskriven i palliativ team/ får palliativ vård?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
---	--

Har tillsyn nattetid eller trygghetslarm/trygghetskamera/rörelselarm? Kommentarer:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--	--

Kan personen klara sig helt själv i hemmet? Kommentarer:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--	--

Samtliga frågor ska besvaras för att en bedömning om rätt till N- tandvård ska kunna göras.

Om personen inte uppfyller kraven för N-tandvård kan tandvårdsstödet "Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning" (F-tandvård) [SOSFS 2012:17](#) eller Särskilt tandvårdsbidrag (STB) [SOSFS 2012:16](#) sökas.

Se [Socialstyrelsens föreskrifter för STB](#)

Se [Tandvårdsstöd Dalarnas](#) anvisningar

Beskrivningen ovan gjord av:

För- och efternamn	Befattning
Arbetsplats	Telefonnummer
Adress, postnummer och ort	E-postadress
Namnteckning	Datum



Tandvårdsstöd Dalarna

BESKRIVNING AV OMVÅRDNADSBEHOV
för bedömning av möjlighet till särskilt tandvårdsstöd, s.k. N-tandvård**Psykiskt funktionshinder****Personuppgifter**

För- och efternamn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer	Ort

3. Beskrivning av psykiskt funktionshinder

Har personen ett varaktigt och omfattande behov av hjälp- och omvårdnadsinsatser minst 3 ggr/dag eller bor personen i ett särskilt boende/gruppboende?

Ja Nej

Har personen en långvarig allvarlig psykossjukdom eller annan grav psykisk störning som har pågått i mer än 1 år?

Ja Nej

Har personen bestående och omfattande social funktionsnedsättning, t.ex. svår affektiv sjukdom och/eller svår schizofreni? (diagnos F20)

Ja Nej

Har personen behov av tandvård men pga. sin långvariga och allvarliga psykossjukdom eller grava psykiska störning inte har kapacitet att sköta sin personliga omvårdnad inkl. tandvård?

Ja Nej

Samtliga frågor ska besvaras för att en bedömning om rätt till N- tandvård ska kunna göras.

Om personen inte uppfyller kraven för N-tandvård kan tandvårdsstödet "Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning" (F-tandvård) [SOSFS 2012:17](#) eller Särskilt tandvårdsbidrag (STB) [SOSFS 2012:16](#) sökas.

Se [Socialstyrelsens föreskrifter för STB](#)

Se [Tandvårdsstöd Dalarnas](#) anvisningar.

Beskrivningen ovan gjord av

För- och efternamn	Befattning
Arbetsplats	Telefonnummer
Adress, postnummer och ort	E-postadress
Namnsteckning	Datum