



Tandvårdsstöd Dalarna

Version 2022

## 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 enhetschefen på boendet.

#### Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer	Ort

#### Allmän hälsa och annan viktig information

Beskriv sjukdomar och funktionshinder (bifoga gärna eventuell medicinlista)

#### 1. Välj ett av alternativen

Har personen omvårdnadsbehov, men det är osäkert om de 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

Version 2022

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

### Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer

### 2. Beskrivning av det dagliga behovet av vård, omsorg, hjälp och stöd

**Kliva ur sängen**  Klarar själv  Delvis hjälp  Hel hjälp

Vem står för ev. hjälp och andra kommentarer:

**Personlig hygien (bl.a. tandborstning, toalettbesök)**  Klarar själv  Delvis hjälp  Hel hjälp

Vem står för ev. hjälp och andra kommentarer:

**Klä på sig / Klä av sig**  Klarar själv  Delvis hjälp  Hel hjälp

Vem står för ev. hjälp och andra kommentarer:

**Äta och dricka**  Klarar själv  Delvis hjälp  Hel hjälp

Vem står för ev. hjälp och andra kommentarer:

Övrigt att ta hänsyn till:

**Är inskriven i palliativ team/ får palliativ vård**  Ja  Nej

Kommentarer:

**Har trygghetslarm eller tillsyn nattetid**  Ja  Nej

Kommentarer:

### Beskrivningen ovan gjord av

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



Tandvårdsstöd Dalarna

Version 2022

**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 behov av hjälp- och omvårdnadsinsatser minst 3 ggr/dag eller bor personen i ett särskilt boende/gruppbostad

Ja  Nej

Har personen en långvarig allvarlig psykosjukdom som har pågått i mer än 1 år

Ja  Nej

Har personen bestående och omfattande social funktionsnedsättning, såsom svår affektiv sjukdom och/eller svår schizofreni (diagnos F20)

Ja  Nej

Har personen behov av tandvård men pga. sin långvariga och allvarliga psykotiska sjukdom inte har kapacitet att sköta sin personliga omvårdnad inkl. tandvård.

Ja  Nej

**Om inte alla fyra frågorna kan besvaras med Ja så är personen inte berättigad till N-tandvård.**

En bedömning bör då göras om tandvårdsstöd i form av F-tandvård eller Särskilt tandvårdsbidrag kan vara aktuellt. Se Beställarenhetens anvisningar för psykiatri och blanketterna SOSFS 2012:17 respektive SOSFS 2012:16

**Beskrivningen ovan gjord av**

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