

Begäran om förhandsbedömning ska lämnas av de behandlare som ska utföra vården enligt behandlingsplanen.

Förhandsbedömning av vården ska göras vid följande tillfällen när:

- S-tandvård
- Behandlingskostnaden för N- och F-tandvård överstiger 15 000 kronor för en period om 12 månader.
- Fast eller avtagbar protetik skall utföras, oavsett kostnaden för protetisk behandling.
- Åtgärderna 0011, 342.2, 343 debiteras
- Åtgärderna 101, 111 eller 112 debiteras vid samma besök som åtgärd 107 eller 108.
- Åtgärd 103 används mer än 2 gånger per 12-månadersperiod hos samma vårdgivare
- Åtgärd 108 används.

Behandling enligt godkänd förhandsbedömning av bastandvård och/eller protetisk rehabilitering skall vara avslutad inom 12 månader efter beslutsdatum om inte Tandvård för särskilda grupper, Region Värmland meddelats fördröjning och godkänt längre behandlingstid.

Begäran om förhandsbedömning ska innehålla

Allmän anamnes

Oralt status och anamnes

Relevanta röntgenbilder

Intraorala foton där det är relevant

Föreslagna åtgärder, reparativ och förebyggande vård för behandlingsperioden

Alternativt behandlingsförslag

Motivering till föreslagen behandling vid fast protetik

Prognosbedömning

Kopia av inkommen remiss där det är relevant

S-tandvård:					N-tandvård:					F-tandvård:																			
Komplettering					Ändring																								
Bifogat material					Röntgen, foton					Journalkopia					Läkarintyg, motsv.					Modeller					Övrigt				
Vårdgivaruppgifter (behandlare, klinikadress och telefonnummer)										Patientuppgifter (personnummer, namn)																			

Tanduppgifter

Tand	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Föregående tandvård																
Karies																
Tand	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Föregående tandvård																
Karies																

Anamnes, parodontal klassificering, sjukdomsbeskrivning, behandlingsplan och prognos

--

Planerad behandling (koder enligt regionens ersättningslista)

Tand	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Tand	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Övrig behandling (undersökning, förebyggande vård för de närmaste 12 månaderna m m)

Åtgärd	Antal	Åtgärd	Antal	Åtgärd	Antal	Åtgärd	Antal	Åtgärd	Antal	Åtgärd	Antal	Åtgärd	Antal

Datum	Namnteckning	Beräknat totalpris
-------	--------------	--------------------

Regionens besked

Faktura avseende behandling kommer att godkännas Faktura avseende behandling kommer ej att godkännas Se bilaga	Kommentar
Underskrift	Datum