Byte av vårdgivare för barntandvård

Patientuppgifter

Namn	Personnummer:
Senast besökta klinik	
Jag medger härmed att mina journalkopior, röntgenbilder och ev studiemodeller skickas till övertagande klinik. För omyndigt barn/ungdom skall medgivande lämnas av patientens vårdnadshavare istället. Datum och underskrift:	

Övertagande tandläkare/klinik

Tandläkare/klinik
Adress
Postadress
Jag övertar härmed vårdansvaret för ovanstående patient. Datum och underskrift:

När båda parter undertecknat blanketten, skickas den till:

Region Gotland
Tandvårdsenheten
Visborgsallén 19 Gute 3
621 81 VISBY

Tandvårdsenheten registrerar bytet och vidarebefordrar blanketten till avlämnande klinik (d v s den klinik på Gotland där patienten är registrerad när bytesblanketten inkommer).