

C. Sammanfattande bedömning av behov av fortsatt tandvård

Aktuella tandvårdsbehov: ska barnet/den unge kallas för revisionsundersökning (återkommande undersökning), behov av sjukdomsbehandling/profylax (till exempel munhygienstöd och behandling med fluorid), bettutvecklingskontroll, finns det en pågående behandling, etc.

Här anges även om barnet eller den unge bör remitteras eller har remitterats till någon annan vårdgivare.

D. När behöver personen erbjudas en tid hos tandvården?

När är nästa revisionsundersökning planerad?

Ange om barn/den unge behöver insatser för sin tandhälsa innan dess. Ange i så fall vad och när.

E. Finns behov av samverkan med socialtjänsten?

Vad finns det behov av samverkan kring och när?

Hur kan socialtjänsten bidra till att behovet tillgodoses?

F. Tidigare kontakter med tandvården

Kontinuitet i tidigare tandvårdskontakter?

Förekomst av återkommande sena återbud eller uteblivande till planerade vårdbesök?

Tidigare orosanmälan till socialtjänsten?

Har familjen fått extra stöd inom något område? I så fall gällande vad?

G. Övrigt

Ort, datum:

Tandläkarens underskrift
