Region Gävleborg

Version 2024-07-01

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

Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer/Ort

Allmän hälsa - se även sidan två. Beskriv sjukdomar och funktionshinder

Beskrivning av det dagliga behovet av vård, omsorg, hjälp och stöd

1. Kliva ur sängen ☐ Klarar själv ☐ Delvis hjälp ☐ Hel hjälp	**Vad består hjälpen av och vem hjälper?**
2. Personlig hygien (tvätt, dusch, toalett osv) ☐ Klarar själv ☐ Delvis hjälp ☐ Hel hjälp	**Vad består hjälpen av och vem hjälper?**
3. Klä på sig / Klä av sig ☐ Klarar själv ☐ Delvis hjälp ☐ Hel hjälp	**Vad består hjälpen av och vem hjälper?**
4. Äta och dricka ☐ Klarar själv ☐ Delvis hjälp ☐ Hel hjälp	**Vad består hjälpen av och vem hjälper?**
5. Är inskriven i palliativ vård/Hemsjukvård ☐ Ja ☐ Nej	**Kommentarer**
6. Har trygghetslarm eller tillsyn nattetid ☐ Ja ☐ Nej	**Kommentarer**

Beskrivningen ovan gjord av

För- och efternamn	Telefon
Namnteckning	Datum

Den ifyllda blanketten skickas till Beställarenheten för tandvård, Region Gävleborg, 801 88 Gävle

Region Gävleborg

Version 2024-07-01

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

Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer

Övrigt som kan underlätta bedömningen. Beskriv med egna ord om hur till exempel vardagen kan se ut.

Beskrivningen ovan gjord av

För- och efternamn	Telefon
Namnteckning	Datum

Den ifyllda blanketten skickas till Beställarenheten för tandvård, Region Gävleborg, 801 88 Gävle