

## Bilaga 4

Placerade barn/unga efter begäran från socialtjänsten

### Utlåtande om mun- och tandhälsa (oral hälsa)

Enligt lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Undersökande enhet

---

Adress:

Postnr:

Ort:

---

Patientens namn:

Patientens personnummer:

---

Undersökande tandläkare:

Telefon:

---

Av undersökande tandläkares beskrivning ska klart framgå patientens aktuella orala hälsa, vårdbehov och tandvårdsituation i övrigt. Utlåtandet är en del i socialtjänstens underlag för en samlad bedömning av barnets hälsa, och utgör underlag för socialtjänstens planering och beslut om placering och vård utanför det egna hemmet.

Samtycke till inhämtning av journalhandlingar från annan/andra vårdgivare är dokumenterat i patientens journal:

Nej  Ja

---

Sammanfattande odontologisk bedömning patientens mun- och tandhälsa:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Sammanfattande odontologisk bedömning av risk för ohälsa i munnen (förhöjd risk/ låg risk):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Sammanfattande bedömning av behov av fortsatt tandvård (akut vård och planerad vård):

Ska även anges om vårdgivaren kan ge den planerade vård som behövs, eller om barnet eller den unge bör remitteras eller har remitterats till någon annan vårdgivare.

---

Inom vilken tid behöver personen erbjudas en tid hos tandvården för behandling?  
(akutvård/planerad vård inom xx månader?):

---

Har patienten subjektiva besvär avseende sina tänder?

---

Tecken på trauma/tidigare trauma/skada (trauma = skada orsakad av yttre omständigheter):

---

Patientens förmåga till samarbete under besöket:

---

Finns det tidigare återkommande sena återbud/uteblivande till planerade vårdbesök? Byte av behandlare eller omlistning till annan vårdgivare? Tidigare orosanmälan till Socialtjänsten?

---

## Fullständig odontologisk bedömning, avsedd för framtida vårdgivare:

Lämpligt revisionsintervall:

---

Föreligger ett tandvårdsbehov?

Ja

Nej      *Om inget tandvårdsbehov finns behöver nedanstående uppgifter ej fyllas i!*

**Undersökningsfynd** – extraorala och intraorala:

---

**Undersökning** – Röntgen, typ/datum:

---

**Undersökning** – Bett/bettutveckling/behov av visning hos specialisttandläkare i tandreglering:

---

**Undersökning** – Munhygien/förekomst av plack/gingivit/parodontit

---

**Undersökning** – Bedömning rörande behov av sjukdomsbehandling/profylax:

---

Övrigt:

Utlåtande för hälsoundersökning om oral hälsa/tandvård



Ort, datum:

Tandläkarens underskrift

