

Vi ønsker deg/dere velkommen til vår klinikk!

Du/dere har fått time for konsultasjon hos tannlege Anne Fjeld, spesialist i kjeveortopedi. Adressen er Dr. Dedichens vei 82, 0675 Oslo. (se egen veibeskrivelse og kart på våre hjemmesider).

**Fyll ut opplysningsskjemaet på baksiden, og ta det med til klinikken.
Ta også med henvisningen som dere har fått fra skoletannlegen.**

Ved første besøk vil behovet for tannregulering bli vurdert og diskutert. Det blir som regel nødvendig med et oversiktsrøntgenbilde.

Forundersøkelsen kan resultere i følgende alternativer:

1. Det er for tidlig å starte behandling. Nytt innkallingstidspunkt blir avtalt. Dere må betale en egenandel for forundersøkelsen. Det er også egenandel på eventuelle røntgenbilder.
2. Behandling er ikke nødvendig. Ny innkalling blir ikke aktuelt. Dere betaler for forundersøkelsen som under punkt 1.
3. Vi anbefaler behandlingsstart nå, men dere ønsker en tenkepause før dere bestemmer dere. Vi avtaler ny time eller at dere kontakter oss, og dere betaler for forundersøkelsen som under punkt 1.
4. Vi anbefaler at behandling startes nå, og dere ønsker at planlegging settes i gang uten ytterligere utsettelse. Vi tar da nødvendige bilder (røntgen og fotos) og avtrykk til studiemodeller. Dere betaler en egenandel for forundersøkelsen og røntgenbildene.

Det er tidkrevende å planlegge en kjeveortopedisk behandling, og vi setter kun i gang med dette om dere er sikre på at dere ønsker behandling. Kostnadene for modeller, fotos og planlegging innarbeides i det totale kostnadsoverslaget, og pasienten plasseres i riktig trygderefusjonsgruppe (40 eller 75 %, med søskenmoderasjon 60 eller 90 %). Dere vil få tilsendt behandlingsplan med kostnadsoverslag slik at dere kan ta stilling til dette før endelig behandlingsstart.

Dersom dere velger å avstå fra behandling etter at dere har mottatt behandlingsplan, må dere betale egenandelen for utført planlegging, modeller og fotos.

NB. NAV krever hele personnummeret (11 siffer) for å utbetale refusjon. Vi ber om at dere fyller det ut på opplysningsskjemaet.



ANNE FJELD

TANNLEGE SPES. I KJEVEORTOPEDI

OPPLYSNINGSSKJEMA FOR KJEVEORTOPEDISK KONSULTASJON

Pasientens navn: _____ Fødselsdato/nr (11 siffer): _____

Adresse: _____ Tlf: _____

Foresatt 1: _____ Fødselsdato: _____

Yrke : _____

Arb tlf.: _____ E-post: _____

Foresatt 2: _____ Fødselsdato: _____

Yrke : _____

Arb tlf.: _____ E-post: _____

Henvise tannlege/tannklinikk: _____

Trygdekontor: _____

Har pasienten søsken som har gjennomgått/ gjennomgår tannregulering?: _____

Navn og fødselsdato på søsken som har gjennomgått / gjennomgår tannregulering:

	JA	NEI	Anmerkning
Har eller har pasienten hatt alvorlige sykdommer _____			
Er pasienten allergisk mot medikamenter, mat eller andre ting? _____			
Tar pasienten noen form for medisin for tiden? _____			
Har pasienten vaner som leppebiting, fingersuging, neglebiting etc? _____			
Har pasienten noen gang slått fortenner? _____			
Ønsker pasienten selv behandling? _____			
Har pasienten søsken eller foreldre lignende tannstillingsfeil? _____			
Har noen andre i familien hatt tannregulering? _____			