

Utfylt skjema sendes til tannhelsetjenesten. Kopi av journal og spesifisert faktura skal medfølge. Eventuell refusjon fra Helfo trekkes fra før pasienten belastes og faktura sendes tannhelsetjenesten.

Tannhelsetjenesten forbeholder seg retten til å avvise krav hvis utført tannbehandling ikke følger veileder God klinisk praksis i tannhelsetjenesten og nasjonal faglige retningslinje «Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år».

Kosmetisk/estetisk tannbehandling uten odontologisk indikasjon dekkes ikke.

| Takst nummer                     | Tekst                         | Tannlegens pris/takst     | Pasientens egenbetaling | Beløp som søkes dekket fra Tannhelsetjenesten |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------------|---|
|                                  |                               |                           |                         |   |
|                                  |                               |                           |                         |   |
|                                  |                               |                           |                         |   |
|                                  |                               |                           |                         |   |
|                                  |                               |                           |                         |   |
|                                  |                               |                           |                         |   |
|                                  |                               |                           |                         |   |
|                                  |                               |                           |                         |   |
|                                  |                               |                           |                         |   |
|                                  |                               |                           |                         |   |
|                                  |                               |                           |                         |   |
|                                  |                               |                           |                         |   |
|                                  |                               |                           |                         |   |
|                                  |                               |                           |                         |   |
|                                  | Sum tannbehandling            |                           |                         |   |
|                                  | Helforefusjoner (trekkes fra) |                           |                         | -   |
|                                  | Total sum                     |                           |                         | =   |
| Beløp utbetales til kontonummer: |                               | Pasientens journalnummer: |                         |   |
| Stempel:                         |                               | Organisasjonsnummer:      |                         |   |
| Sted og dato:                    |                               | Signatur:                 |                         |   |