

Utskriftsdatum

## Överflyttning av patienter med frisktandvårdsavtal inom Folk tandvården Sverige

Personnr:   
Namn:   
Adress som patienten  
önskar bli kontaktad på:   
Telefonnr   
Mobil   
E-postadress:

Patienten flyttar:  Har flyttat:

Innevarande avtalsperiod. Från:  Till:

### VÅRDPLANERING

Planerad/e rev.undersökning/ar under avtalsperioden:

1   
2   
3

Ev kvarvarande el planerad behandling eller stödbesök under avtalsperioden:

Övrig information:

Adress till avlämnande klinik:	<input type="text"/>
Faktureringsadress:	<input type="text"/>

### UPPSÄGNING

Denna del används ENDAST vid behov av uppsägning innan avtalsperiodens slut

Uppsägande part:  Patienten:   
Mottagande klinikorganisation:   
Avlämnande klinikorganisation:

Uppsägningsdatum: