

Skicka blanketten till
Försäkringskassan
901 81 Umeå

Använd den här blanketten tillsammans med blankett 7003 för att ansöka om anslutning till Tandvårdsportalen.

Ni kan också använda blanketten om ni

- vill lägga till en mottagning hos er vårdgivare
- behöver ett klinik-id, till exempel för att byta journalsystem.

Fyll i blanketten digitalt, skriv ut den och skicka in per post med firmatecknarens underskrift. Om antalet fält inte räcker till under någon av punkterna kan ni fortsätta fylla i uppgifterna i en ny blankett.

Det kan ta upp till 30 dagar innan ni får ett beslut.

1. Mottagning

Mottagningens namn	Organisationsnummer
Mottagningens adress	Postnummer och ort

2. Önskat datum för anslutning

Anslutningen kan tidigast beviljas från det datum som blanketten kommer in till Försäkringskassan.

3. Kontaktperson

Skriv vem eller vilka som ska sköta kontakten med Försäkringskassan. Kontaktpersonen behöver inte vara den som har det yttersta ansvaret för verksamheten.

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Telefon	E-post	

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Telefon	E-post	

4. Behörigheter i Tandvårdsportalen

Fyll i vem som ska ha behörighet som normalanvändare och/eller mottagningsadministratör.

En **normalanvändare** kan söka, lägga till och ta bort uppgifter om patientbesök, avtal om abonnemangstandvård, förhandsprövning av särskilt tandvårdsbidrag (STB) och förhandsprövat besök. Hen kan också söka och lägga till begäran om tandvårdsbidrag (BTB avtal) och uppgifter om patienter från EU/EES eller ett konventionsland. Hen kan bara se sina egna inrapporterade besök i portalen.

En **mottagningsadministratör** kan administrera och ändra vissa uppgifter i portalen, till exempel mottagningsens namn och adress. Hen kan också skicka in underlag till Försäkringskassan vid en efterhandskontroll.

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Normalanvändare	<input type="checkbox"/> Mottagningsadministratör	

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Normalanvändare	<input type="checkbox"/> Mottagningsadministratör	

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Normalanvändare	<input type="checkbox"/> Mottagningsadministratör	

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Normalanvändare	<input type="checkbox"/> Mottagningsadministratör	

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Normalanvändare	<input type="checkbox"/> Mottagningsadministratör	

5. Underskrift av firmatecknare eller ombud

Om ett ombud skriver under ansökan måste ni bifoga en fullmakt från registrerad firmatecknare. Om firman enligt bolagsordningen tecknas av flera personer tillsammans ska samtliga firmatecknare signera ansökan.

Jag vet att jag kan få betala tillbaka felaktigt utbetald ersättning. Jag vet att jag kan göra mig skyldig till brott om jag lämnar oriktiga eller ofullständiga uppgifter, eller inte meddelar Försäkringskassan när uppgifterna ändras.		
Datum	Namnteckning	
Namnförtydligande		Telefon

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Jag vet att jag kan få betala tillbaka felaktigt utbetald ersättning. Jag vet att jag kan göra mig skyldig till brott om jag lämnar oriktiga eller ofullständiga uppgifter, eller inte meddelar Försäkringskassan när uppgifterna ändras.		
Datum	Namnteckning	
Namnförtydligande		Telefon

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Jag vet att jag kan få betala tillbaka felaktigt utbetald ersättning. Jag vet att jag kan göra mig skyldig till brott om jag lämnar oriktiga eller ofullständiga uppgifter, eller inte meddelar Försäkringskassan när uppgifterna ändras.		
Datum	Namnteckning	
Namnförtydligande		Telefon

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Om ansökan gäller ytterligare en mottagning hos er vårdgivare ska ni också lämna uppgifter om tillkommande personer som har ett bestämmande inflytande över verksamheten. Använd blankett 7004 Anslutning – nya eller ändrade uppgifter. I blanketten finns exempel på vilka roller hos en vårdgivare som kan ha ett bestämmande inflytande.

Kom ihåg att anmäla

- mottagningens adress till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- till Strålsäkerhetsmyndigheten om ni har utrustning för panoramaröntgen.

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.