



Skicka blanketten till  
Försäkringskassan  
901 81 Umeå

Den här blanketten ska användas av vårdgivare eller mottagningar som är registrerade i tandvårdsportalen. Fyll i blanketten elektroniskt. Information om hur du fyller i blanketten finns på sista sidan. Vår handläggningstid är upp till 30 dagar.

### 1. Vårdgivarens uppgifter

Företagets namn	Organisationsnummer
-----------------	---------------------

### 2. Firmatecknare

Förnamn	Efternamn	Personnummer
---------	-----------	--------------

Lägg till person       Ta bort person

Upplysningar om ändringen

Datum för ändringen

Förnamn	Efternamn	Personnummer
---------	-----------	--------------

Lägg till person       Ta bort person

Upplysningar om ändringen

Datum för ändringen

Förnamn	Efternamn	Personnummer
---------	-----------	--------------

Lägg till person       Ta bort person

Upplysningar om ändringen

Datum för ändringen

Förnamn	Efternamn	Personnummer
---------	-----------	--------------

Lägg till person       Ta bort person

Upplysningar om ändringen

Datum för ändringen

**3. Legitimerad tandläkare/tandhygienist**

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Tandläkare	<input type="checkbox"/> Tandhygienist	
<input type="checkbox"/> Lägg till person	<input type="checkbox"/> Ta bort person	
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Tandläkare	<input type="checkbox"/> Tandhygienist	
<input type="checkbox"/> Lägg till person	<input type="checkbox"/> Ta bort person	
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Tandläkare	<input type="checkbox"/> Tandhygienist	
<input type="checkbox"/> Lägg till person	<input type="checkbox"/> Ta bort person	
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Tandläkare	<input type="checkbox"/> Tandhygienist	
<input type="checkbox"/> Lägg till person	<input type="checkbox"/> Ta bort person	
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

**4. Vårdgivaradministratörer av tandvårdsportalen**

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Lägg till person	<input type="checkbox"/> Ta bort person	
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		-
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		-
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		-
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

### 5. Mottagningsadministratörer av tandvårdsportalen

Mottagningens namn	Mottagningsnummer
3 3 3	
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person	
Förnamn	Efternamn
Upplysningar om ändringen	
Datum för ändringen	

Mottagningens namn	Mottagningsnummer
3 3 3	
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person	
Förnamn	Efternamn
Upplysningar om ändringen	
Datum för ändringen	

Mottagningens namn	Mottagningsnummer
3 3 3	
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person	
Förnamn	Efternamn
Upplysningar om ändringen	
Datum för ändringen	

Mottagningens namn		Mottagningsnummer
		3, 3, 3
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		Personnummer
		-
Förnamn	Efternamn	
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

**6. Normalanvändare av tandvårdsportalen**

Mottagningens namn		Mottagningsnummer
		3, 3, 3
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		Personnummer
		-
Förnamn	Efternamn	
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Mottagningens namn		Mottagningsnummer
		3, 3, 3
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		Personnummer
		-
Förnamn	Efternamn	
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Mottagningens namn		Mottagningsnummer
		3, 3, 3
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		Personnummer
		-
Förnamn	Efternamn	
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Mottagningens namn		Mottagningsnummer
		3, 3, 3
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		Personnummer
		-
Förnamn	Efternamn	
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

**7. Personer med väsentligt inflytande över verksamheten** (för mer information, se ifyllnadsanvisningarna)

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Roll i verksamheten		
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		
Har personen tidigare varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till det statliga tandvårdsstödet?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Roll i verksamheten		
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		
Har personen tidigare varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till det statliga tandvårdsstödet?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Roll i verksamheten		
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		
Har personen tidigare varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till det statliga tandvårdsstödet?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Roll i verksamheten		
<input type="checkbox"/> Lägg till person <input type="checkbox"/> Ta bort person		
Har personen tidigare varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till det statliga tandvårdsstödet?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Upplysningar om ändringen		
Datum för ändringen		

**8. Underskrift av firmatecknare**

Datum	Namnteckning	
Namnförtydligande		Telefon

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på [forsakringskassan.se](http://forsakringskassan.se).

# Information om blanketten

## Anslutning

Nya eller ändrade uppgifter (FK 7004)

## Så här fyller du i blanketten

### 1. Vårdgivarens uppgifter

Här anger du vårdgivarens namn och organisationsnummer.

### 2. Firmatecknare

Ange alla personer som finns namngivna på registreringsbeviset från Bolagsverket. Alla personer ska anges på blanketten, det räcker inte med hänvisning till registreringsbeviset.

### 3. Legitimerad tandläkare/tandhygienist

För att vara anslutna behöver ni anmäla minst en tandläkare eller tandhygienist som är anställd hos er. Ni bestämmer själva vem eller vilka ni vill ange här.

### 4. Vårdgivaradministratörer av tandvårdsportalen

Ange de personer som ska registreras som vårdgivaradministratörer i Tandvårdsportalen. Dessa personer kan lägga in uppgifter om befintliga mottagningar i systemet och ändra i information som finns på vårdgivar- och mottagningsnivå. Vårdgivaradministratörer kan även ändra uppgifter om bankgiro och skicka in bilagor till Försäkringskassan vid efterhandskontroll.

Observera att ni ska ange minst en vårdgivaradministratör även om ni har ett journalsystem.

### 5. Mottagningsadministratörer av tandvårdsportalen

Ange de personer som ska registreras som mottagningsadministratörer i Tandvårdsportalen. De personer som registrerats som mottagningsadministratör kan administrera och ändra vissa uppgifter i portalen och skicka in bilagor till Försäkringskassan vid efterhandskontroll.

Observera att de inte kan ändra uppgifter om kontonummer, det kan bara vårdgivaradministratör göra.

### 6. Normalanvändare av tandvårdsportalen

Personer registrerade som normalanvändare kan göra följande i Tandvårdsportalen: söka efter patienter, skapa patientbesök och skapa förhandsprovning.

### 7. Personer med väsentligt inflytande över verksamheten

Observera att denna punkt bara är aktuell för vårdgivare vars ansökan om anslutning kom in till Försäkringskassan från den 1 juli 2017.

Här anger ni alla förändringar gällande personer som anses ha väsentligt inflytande över er verksamhet (exklusive ändring av firmatecknare vilket ska anges under punkt 2). Ni ska lämna uppgifter om ändringar gällande följande personer;

a) i aktiebolag och ekonomiska föreningar den verkställande direktören, om det finns en sådan, samtliga styrelseledamöter och styrelsesuppleanter samt annan som genom ledande ställning eller på annat sätt har ett bestämmande inflytande över verksamheten, som exempelvis personer med generalfullmakt.

b) i aktiebolag och ekonomiska föreningar som är fåmansföretag enligt 56 kap. 2 §, inkomstskattelagen (1999:1229) ska utöver uppgifterna i punkt a) samtliga delägare anges,

c) i kommanditbolag och andra handelsbolag ska samtliga bolagsmän och annan som genom ledande ställning eller på annat sätt har ett bestämmande inflytande över verksamheten anges, som exempelvis personer med generalfullmakt,

d) i enskilt bedriven verksamhet den enskilde näringsidkaren.

Ni ska dessutom, oavsett bolagsform, ange:

e) verksamhetschef/verksamhetschefer (klinikchefer) i er verksamhet som ska finnas i enlighet med 16a § Tandvårdslagen (1985:125)

f) samtliga behandlande tandläkare eller tandhygienister om sådana hos vårdgivaren uppgår till tio eller färre.

Ni ska även ange om någon av personerna under punkterna a)-f) ovan tidigare har varit vårdgivare, eller varit verksam hos en vårdgivare som var ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd. Detta gör ni genom att kryssa i JA eller NEJ i den separata rad som finns under fältet för personens roll i verksamheten.

#### **8. Underskrift av firmatecknare**

Blanketten ska skrivas under av någon av de personer som är angivna som firmatecknare på registreringsbeviset från Bolagsverket.