

TANDLÆGEERKLÆRING

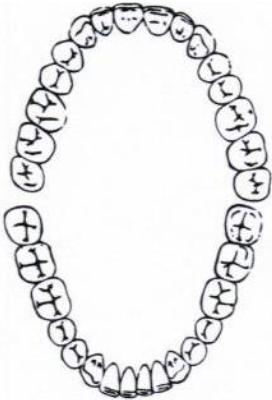
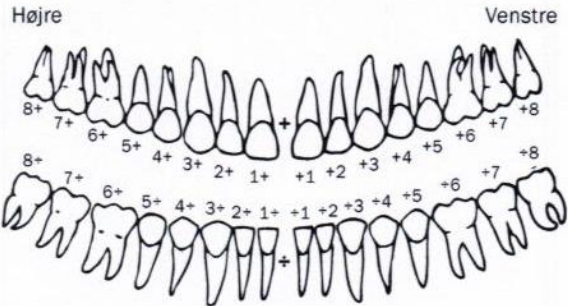
Tillæg til tandskadeanmeldelsen

Denne erklæring udfyldes og indsendes af tandlægen til selskabets hovedkontor.

Selskabets erstatningspligt indtræder først, når selskabet har anerkendt skaden og accepteret det modtagne behandlingsforslag.

Erklæringen betales af selskabet i henhold til bestående overenskomst med Dansk Tandlægeforening.

Venlig hilsen
Skadeafdelingen

1. Erklæring	Cpr. nummer:		Skadedato og tidspunkt:					
	Hvilken dato henvendte patienten sig 1. gang til Dem i forbindelse med skaden?							
	Patientens oplysning til Dem om skadens opståen:							
	Er der foretaget akut behandling af anden tandlæge eller skadestue? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ							
	Hvis ja – hvilke og af hvem?							
_____ stk. daterede røntgenbilleder vedlagt (vil blive returneret)								
2. Oplysninger om de ved skaden påvirkede tænder	Hvilke tænder?		Diagnose, bogstav					
	Tilstand før skaden							
	Intakt	Carieret Flader	Fylدت. flader Materiale	Kronet Type Materiale		Rodbehandling	Parodontitis Apikalis Marginalis	
Ved tand- eller rodfrakturlinien indtegnes på begge diagrammer								
								
Øvrige tænders tilstand – sæt kryds:								
<input type="checkbox"/> Regelmæssig tandpleje <input type="checkbox"/> Velholdte <input type="checkbox"/> Forsømte <input type="checkbox"/> Carierede <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Dårlig mundhygiejne								
Andre relevante oplysninger: (fx bløddelslæsioner, tidligere traume)								

3. Proteseskader	Skadens art og omfang:		
	Legemsbeskadigelse <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	Protesetype <input type="checkbox"/> Hel <input type="checkbox"/> Partiel	Protesens alder i år:
	Materiale:		
	Hvilke tænder erstatter protesen?		
	Forudbestående defekter og mangler:		

4. Forslag til behandling	A. Akut/foreløbig behandling	Honorar / sygesikringens andel i kr.
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
B. Endelig behandling		
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
	I alt →	
Kan endelig behandling udføres på nuværende tidspunkt		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Anbefalet observationstid:		
Mulige senere følger:		
Er du patientens sædvanlige tandlæge? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ		Omfattet af børne- og ungdomstandplejen? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
<p>Ved tandskader på børn og unge: Da tandskadedækning er subsidieret, foretages løbende tilsyn og behandling over børne- og ungdomstandplejen indtil de fyldte 18 år.</p>		

5. Tandlægen	Navn:	Skadelidtes kontooplysninger som pengene skal overføres til:
	Adresse:	
	Postnr. og by	
	CVR-nummer	
	Dato og underskrift	
Bank, reg.nr. og konto nr.:		

Infractio dentis (A)

Fractura coronae dentis non complicata (B, C)

Fractura coronae dentis complicata (D)

Fractura coronae et radice dentis non complicata (E)

Fractura coronae et radice dentis complicata (F)

Fractura radice dentis (G)

Fractura processus alveolaris

Fractura corporis mandibulae

Fractura corporis maxillae

Concussio dentis (H)

Subluxatio dentis (I)

Intrusio dentis (J)

Extrusio dentis (K)

Luxatio lateralis dentis (L, M)

Exarticulatio dentis (N)

