**(Nedennævnte punkter skal fremgå af attestens forside)**

**Vigtigt:**

* Vedlæg altid røntgen og kliniske fotos i det omfang, det er nødvendigt for illustration/dokumentation af skadens omfang. Røntgenbilleder og kliniske fotos skal forsynes med optagelsesdato og patientdata samt tandlægens navn.
* Forsikringsselskabets dækning er typisk begrænset til rimelige og nødvendige udgifter – det vil sige alene udgifter til at bringe patientens tænder i samme stand som før skaden. Dækningen vil være beskrevet i den enkelte forsikringsaftale.
* Ved start af behandling før selskabets accept heraf skal tandlægen gøre patienten opmærksom på, at der evt. kan blive tale om egenbetaling i det omfang, der ikke måtte være fornøden forsikringsdækning.

**Erklæring fra tandlæge**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Policenummer | | | | | | Skadenummer | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Patientens navn | | | | | | Stilling | | | | | | | | | CPR-nr. | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Ulykkens dato | | Hvilken dato henvendte patienten sig til klinikken i forbindelse med skaden? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Patientens oplysning om skadens opståen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Er der foretaget akut behandling af anden tandlæge eller skadestue? Hvis ja – hvilken og af hvem? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ stk. daterede røntgenbilleder vedlagt. Hvis der fremsendes fysiske billeder, må der alene fremsendes kopi. Sagerne behandles kun undtagelsesvis uden røntgenbilleder.  \_\_\_\_\_\_\_\_ stk. kliniske fotos (afkryds) 🞏 Digitale røntgenbilleder 🞏 Alm. røntgenbilleder 🞏 Print | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Oplysninger om de ved skaden påvirkede tænder (se diagnoseliste med bogstavmarkering)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hvilke tænder  /implantater (implantater markeres med (I)) | Diagnose, bogstav (se diagnoseliste til sidst i erklæringen) | | | | Tilstand før skaden | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intakt (uden fyld-ninger) | | Carieret | | Fyldt | | | | Kronet | | | Rodbehandling | | | | Parodontitis | | |
| Flader | | Flader | | | Materiale | Type | Materiale | | Apikalis | Mar-gina-lis | Peri-implantitis |
|  |  | | | |  | |  | |  | | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |
|  |  | | | |  | |  | |  | | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |
|  |  | | | |  | |  | |  | | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |
|  |  | | | |  | |  | |  | | |  |  |  | |  | | | |  |  |  |
| Ved tand- eller rodfraktur skal frakturlinjen indtegnes i begge diagrammer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Var der forud for ulykken planlagt behandling af tanden? Hvis ja – hvilken behandling? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Øvrige tænders tilstand (evt. bemærkninger kan angives nedenfor) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞏 Velholdte 🞏 Forsømte 🞏 Carierede 🞏 Parodontitis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Andre relevante oplysninger (bløddelslæsioner, tidligere traume, som kan have betydning/indflydelse for behandlingsforslaget ) (kan evt. fortsættes efter "liste over de almindeligst forekommende traumediagnoser")? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ved proteseskader ønskes oplyst** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Skadens art og omfang | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Legemsbeskadigelse  🞏 Ja 🞏 Nej | | | Protesetype  🞏 Hel 🞏 Partiel | | | | | | | | Protesens alder  År | | | | | | | Materiale | | | | |
| Hvilke tænder erstatter protesen | | | Forudbestående defekter og mangler | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Behandlingsforslag**   1. Akut/foreløbig behandling (specificeret), herunder anføres også honoraret for denne erklæring | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Honorar ÷ regionalt patienttilskud  Kr. | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 1. Endelig behandling (specificeret overslag) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | | | | | | I alt | | | | | | | | | | |  | | | |
| Kan endelig behandling udføres på nuværende tidspunkt? | | | | | | | | Anbefalet observationstid | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞏 Ja 🞏 Nej | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Mulige senere følger | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Er patienten medlem af 'danmark' | | | | 🞏 Ja 🞏 Nej Hvilken gruppe? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Er du patientens faste tandlæge? | | | | | | | | Omfattet af børne- og ungdomstandplejen? | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞏 Ja 🞏 Nej  Hvis **nej**; Har du en anden behandlingsmæssig relation til patienten?  🞏 Ja 🞏 Nej  Hvis ja; hvilken  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hvis **nej** til begge ovenstående; Jeg har ingen behandlingsmæssig relation til patienten og har kun set patienten ifm. denne attestudstedelse?  🞏 Ja 🞏 Nej | | | | | | | | 🞏 Ja 🞏 Nej | | | | | | | | | Ved tandskader på børn og unge: Da vor tandskadedækning er subsidiær, foretages løbende tilsyn og behandling over børne- og ungdomstandplejen indtil det fyldte 18 år. | | | | | |
| **Behandlende tandlæge** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Postnr. | | | | | | | | | | By | | | | | | | | | | | | |
| Telefonnr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mailadresse | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med mine optegnelser, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse.  Dato og underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Honorarmodtagerens eller SE-nr. bedes oplyst, jf. skattelovgivningen  SE- eller CVR-nr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Denne erklæring indsendes af tandlægen til selskabets hovedkontor.  Selskabets erstatningspligt indtræder først, når selskabet har anerkendt skaden og accepteret det modtagne behandlingsforslag.  Eventuelle yderligere bemærkninger: | | | | | | | | | | For denne attest, hvis formulering er aftalt mellem Tandlægeforeningen og Forsikring & Pension, betales tandlægen af selskabet efter fremsendelse af specificeret regning. Aftalen kan findes på Tandlægeforeningen og Forsikring og Pensions hjemmeside. | | | | | | | | | | | | |

