

## Skadeanmeldelse for tandskade

Forsikringsselskab:

Policenr.:

### Skadelidte

Stilling:

\_\_\_\_\_

Navn:

\_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_

Postnr.:

By:

\_\_\_\_\_

Telefonnr. dag:

CPR-nr.:

\_\_\_\_\_

Bank reg. nr og konto nr.:

Forsikringssum v. invaliditet:

\_\_\_\_\_

### Forsikringstager - Forsikringstageren er den person/det firma, i hvis navn forsikringen er tegnet

Navn:

\_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_

Postnr.:

By:

\_\_\_\_\_

Telefonnr.:

\_\_\_\_\_

### Andre forsikringer - Ansvarsforsikring, arbejdsskadeforsikring, ulykkesforsikring (f.eks. via fagforbund)?

Er ulykken anmeldt til andre forsikringsselskaber?

Ja

Nej

Hvis ja, hvilke?

Selskab:

Policenr.:

\_\_\_\_\_

Selskab:

Policenr.:

\_\_\_\_\_

Er du medlem af Sygeforsikringen danmark?

Ja

Nej

Hvilken gruppe (1, 2, 5, 8) ? \_\_\_\_\_

### Ulykken

Hvornår skete ulykken?

Dato og klokkeslæt:

\_\_\_\_\_

Hvor skete ulykken?

På arbejdspladsen

Ja

Nej

I fritiden

Ja

Nej

Under lønnet/ulønnet arbejde for andre

Ja

Nej

Adresse:

\_\_\_\_\_

**Ulykken - forsat**

Hvordan skete ulykken?

---

Hvad var årsagen til ulykken?

---

Var du under påvirkning af spiritus eller andre rusmidler i ulykkesøjeblikket?  Ja  Nej

Hvis ja, udbedes nærmere oplysninger:

**Politirapport**

Er der optaget politirapport?  Ja  Nej

Hvis ja, stationens navn:

**Underskrift**

Jeg erklærer, at mine besvarelser og oplysninger er i fuld overensstemmelse med sandheden. Jeg er klar over, at urigtige oplysninger eller fortielser kan medføre, at erstatningen nedsættes eller helt bortfalder. Jeg samtykker i, at involverede selskaber kan søge oplysninger hos de læger, lægelige institutioner, forsikringselskaber samt offentlige myndigheder som kan bidrage til en korrekt bedømmelse af min tilstand, samt at involverede selskaber kan gøre disse bekendt med det, der er oplyst til involverede selskaber. Er ulykkestilfældet anmeldt til politiet eller Arbejdsskadestyrelsen, giver jeg samtidig involverede selskaber tilladelse til at indhente oplysninger hos disse.

Den / -20

*Firma underskrift + stempel*  
(kun v/ arbejdsgivertegnet forsikring)

Den / -20

*Skadelidtes underskrift*  
(For børn under 18 år: Værges underskrift)

**Liste over de mest almindeligeforekommende traumediagnoser - Efter Andreassen 1972**

Infractio dentis (A)

Fractura coronae dentis non complicata (B, C)

Fractura coronae dentis complicata (D)

Fractura coronae et radialis dentis non complicata (E)

Fractura coronae et radialis dentis complicata (F)

Fractura radialis 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)



Evt. yderligere bemærkninger:

**Tandlægeerklæring (udfyldes af tandlægen)**

Ulykkestilfældets dato: \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

 Ja  Nej

Hvis ja - hvilken og af hvem? \_\_\_\_\_

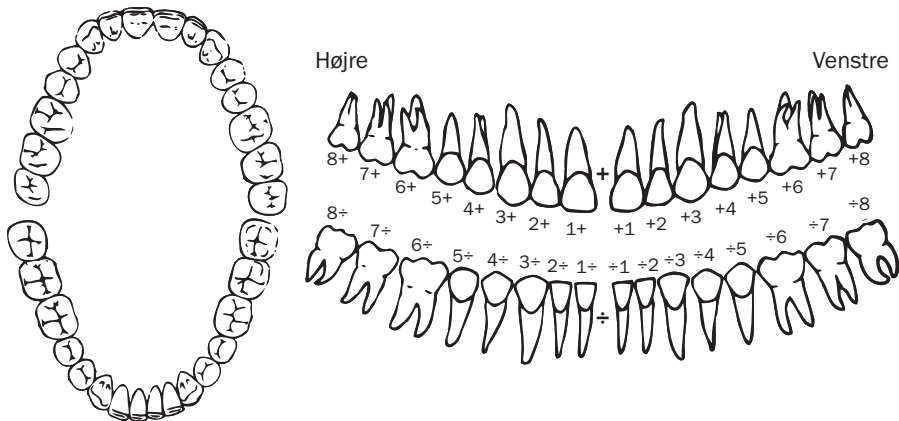
\_\_\_\_stk. daterede røntgenbilleder vedlagt (vil blive returneret)

NB: Sagerne behandles kun undtagelsesvis uden røntgenbilleder

**Oplysninger om de ved skaden påvirkede tænder** (se diagnoseliste med bogstavmarkering)

Hvilke tænder	Diagnose, bogstav	Tilstand før skaden							
		Intakt	Carieret	Fyldt, Flader	Kronet		Rod-behandling	Parodontitis	
			Flader	Materiale	Type	Materiale		Apikalis	Marginalis

Ved tand- eller rodfraktur skal frakturelinien indtegnes på begge diagrammer



Øvrige tænders tilstand - sæt kryds (evt. bemærkninger hertil kan angives nedenfor)

 Regelmæssig tandpleje  Velholdte  Forsømte  Carierede  Parodontitis  Dårlig mundhygiejne

Andre oplysninger du finder relevante (f.eks. bløddelslæsioner, tidligere traume) (kan evt. fortsættes efter \*liste over de almindelige forekommende traumediagnoser\*)

**Ved proteseskader ønskes oplyst**

Skadens art og omfang:

Legemsbeskadigelse:  Ja  NejProtesetype:  Hel  Partiel

Protesens alder: \_\_\_\_\_ År

Materiale:

Hvilke tænder erstatter protesen?

Forudbestående defekter og mangler:

**Behandlingsforslag**

A. Akut/foreløbig behandling	Honorar / sygesikringes andel	
	Kroner	øre
<b>I alt →</b>		

Kan endelig behandling udføres på nuværende tidspunkt:  Ja  Nej

Anbefalet observationstid:

Mulige senere følger:

Er du patientens sædvanlige tandlæge:

 Ja  Nej

Omfattet af børne- og ungdomstandplejen:

 Ja  Nej

Ved tandskader på børn og unge:  
Da vor tandskadedækning er subsidiaer, foretages løbende tilsyn og behandling over børne- og ungdoms-tandplejen indtil de fyldte 18 år.

**Tandlægen**

Navn:

Adresse:

Postnr.:

By:

Dato og underskrift:

Honorarmodtagerens CPR- eller SE-nr. bedes oplyst, jvf. skattelovgivningen CPR- eller SE-nr.

Bank, reg. nr. og konto nr.:

**Skadelidtes kontooplysninger som pengene skal overføres til:**

- Denne erklæring indsendes af tandlægen til selskabets hovedkontor. Selskabets erstatningspligt indtræder først, når selskabet har anerkendt skaden og accepteret det modtagne behandlingsforslag.
- Denne attest betales af selskabet i henhold til bestående overenskomst med Dansk Tandlægeforening. Formuleringen er aftalt med Dansk Tandlægeforening til brug for forsikringen.