**(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 alderÅr | Materiale |
| Hvilke tænder erstatter protesen | Forudbestående defekter og mangler |
| **Behandlingsforslag**1. Akut/foreløbig behandling (specificeret), herunder anføres også honoraret for denne erklæring
 | Honorar ÷ regionalt patienttilskudKr. |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
| 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 🞏 NejHvis **nej**; Har du en anden behandlingsmæssig relation til patienten?🞏 Ja 🞏 NejHvis 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. skattelovgivningenSE- 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. |

