



Policenummer 882-3.000.000.821	Gruppe/organisation/virksomhed Dansk Taekwondo Forbund	Personnummer/forsikringsstager Dansk Taekwondo Forbund
-----------------------------------	---	---

Skadelidte

Stilling og navn		Personnummer/skadelidte	
Adresse		Telefon privat	Træffetid
Postnr.	By	Telefon arbejde	Træffetid

Af hensyn til en hurtig sagsbehandling beder vi dig om at anføre oplysningerne ovenfor korrekt - gerne med blokbogstaver

Oplysninger om skaden

Ulykkestilfældets dato	Hvilken dato henvendte patienten sig 1. gang til Dem i forbindelse med ulykkestilfældet
------------------------	---

Skadelidtes oplysning til Dem om skadens opståen

Kan De konstatere, at der er foretaget akut behandling af anden tandlæge eller skadestue. Hvis ja - hvilken og af hvem

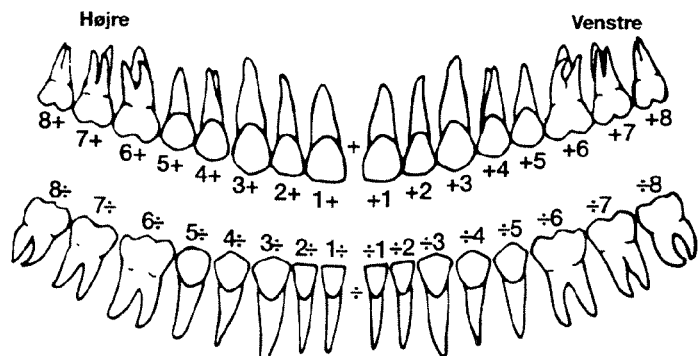
	Hvilke tænder er påvirket af skaden	I hvilket omfang	Diagnose
A			
B			
C			

Røntgenbilleder med datoangivelse vedrørende beskadiget tand/tænder medsendes (returneres).

De beskadigede tænders tilstand før skaden

	A	B	C
Intakt			
Fyldt			
Rodbehandlet			
Parodontitis			
Apical forandring			

Ved tand- eller rodfraktur skal frakturliniens forløb indtegnes



Øvrige tænders tilstand

Sunde Carierede Gingivitis Parodontitis Velholdte Forsømte Dårlig mundhygiejne

Andre oplysninger De finder relevante vedrørende behandlingen

Udfyldes kun ved proteseskader

Skadens art og omfang

Er der oplyst legemsbeskadigelse	Protese	Protesens alder	Materiale
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Hel <input type="checkbox"/> Partiel	År	
Hvilke tænder erstatter protesen	Forudbestående defekter og mangler		
Bøjletændernes tilstand	Tilstødende tænders tilstand	Bøjler og disses tilstand	

Behandlingsforslag

A. Akut/foreløbig behandling

Honorar - sygesikringens andel
Kroner Øre

B. Endelig behandling

Ialt

Kan endelig behandling udføres på nuværende tidspunkt

Ja Nej

Hvis nej - hvornår da

Mulige senere følger

Er De patientens sædvanlige tandlæge

Ja Nej

Børne- og ungdomstandpleje

Ja Nej

Tandlægen

Adresse

Postnr.

By

Dato og underskrift

Honorarmodtagerens SE/CPR-nummer

Ved tandskader på børn og unge:

Da vor tandskadedækning er subsidieret, foretages løbende tilsyn og behandling over børne- og ungdomstandplejen.

Stempel med telefonnummer

Denne attests original indsendes af tandlægen til selskabets hovedkontor. Selskabets erstatningspligt indtræder først, når selskabet har anerkendt skaden og accepteret det modtagne behandlingsforslag.

Denne attest, hvis formulering er tiltrådt af Dansk Tandlægeforening til brug ved forsikring, betales tandlægen af selskabet i henhold til bestående overenskomst.