

Tanderklæring

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.
- Erklæringen bedes returneret til GF Forsikring, Jernbanevej 65, 5210 Odense NV eller på mail til: Ulykkesskade@gfforsikring.dk



*Overskud
til hinanden*

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

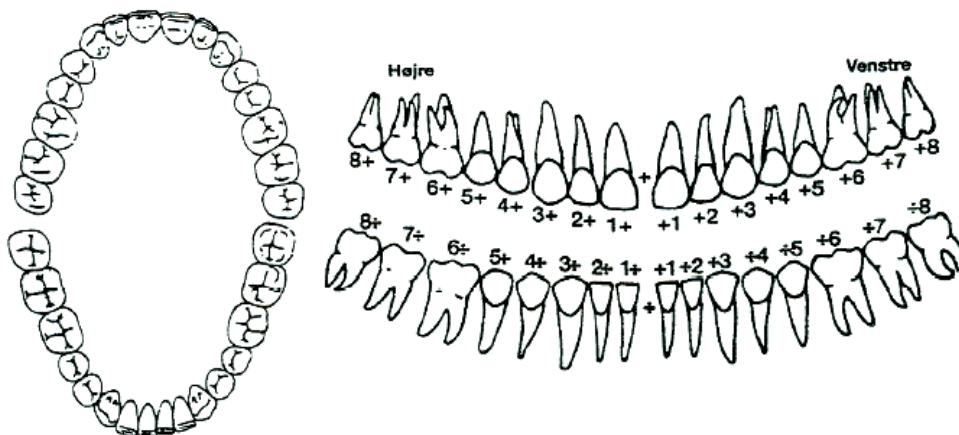
_____ stk. kliniske fotos (afkryds)

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 fyldninger)	Carieret		Fyldt		Kronet		Rodbehandling	Parodontitis			
			Flader	Flader	Materialer	Type	Materiale	Apikal		Marginal	Peri-implant		

Ved tand- eller rodfraktur skal frakturlinjen indtegnes i begge diagrammer



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 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Protesetype <input type="checkbox"/> Hel <input type="checkbox"/> Partiel	Protesens alder År	Materiale
Hvilke tænder erstatter protesen	Forudbestående defekter og mangler		

Behandlingsforslag A. Akut/foreløbig behandling (specificeret)	Honorar + regionalt patienttilskud Kr.

B. Endelig behandling (specificeret overslag)	

	I alt
Kan endelig behandling udføres på nuværende tidspunkt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Anbefalet observationstid

Mulige senere følger

Er patienten medlem af 'danmark' <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvilken gruppe?
---	-----------------

Er du patientens faste tandlæge <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis nej ; Har du en anden behandlingsmæssig relation til patienten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis _____ ja; hvilken _____ Hvis nej til begge ovenstående; Jeg har ingen behandlingsmæssig relation til patienten og har kun set patienten ifm. denne attestudstedelse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Omfattet af børne- og ungdomstandplejen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.
---	---

Behandelnde 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.	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.

Traumediagnoser med risikovurdering for pulpanekrose (PN) og progressiv rodresorption (RR) (inflammatorisk & ankylotisk) samt vejledende minimums observationsperioder før restaurering



Infractio dentis (A)

PN	RR	OBS*
3 %	0 %	3 mdr.



Fractura coronae dentis non complicata (B)

PN	RR	OBS*
3 %	0 %	3 mdr.



Fractura coronae dentis complicata (D)

PN	RR	OBS*
3 %	0 %	3 mdr.



Fractura coronae et radices dentis non complicatae (E)

PN	RR	OBS*
? %	0 %	6 mdr.



Fractura coronae et radices dentis complicatae (F)

PN	RR	OBS*
? %	0 %	6 mdr.



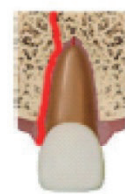
Fractura radices dentis (G)

PN	RR	OBS*
28 %	1 %	6 mdr.



Fractura processus alveolaris

PN	RR	OBS*
45 %	2 %	6 mdr.



Fractura maxillae et mandibulae

PN	RR	OBS*
25 %	3 %	6 mdr.



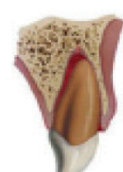
Concussio dentis (H)

PN**	RR	OBS*
6 %	0 %	3 mdr.



Subluxatio dentis (I)

PN**	RR	OBS*
15 %	2 %	3 mdr.



Extrusio dentis (K)

PN**	RR	OBS*
25 %	6 %	6 mdr.



Luxatio lateralis dentis (L, M)

PN**	RR	OBS*
62 %	3 %	6 mdr.



Intrusio dentis (J)

PN**	RR	OBS***
90 %	35 %	1 år



Avulsio dentis (ex articulatione) (N)

PN	RR	OBS***
92 %	70 %	1 år

* Før restaurering påbegyndes bør en pulpavitalitetstest udføres. Hvis tanden er vital, og røntgen ikke viser tegn på progressiv rodresorption kan restaurering påbegyndes.

** Procenterne er beregnet ud fra luxationer med og uden samtidig kronefraktur.

*** Restaureringer vil altid være forbundet med en betydeligt øget risiko for helingskomplikationer.

For mere detaljeret information se: www.dentaltraumaguide.org

(Illustrationer fra JO Andreasen 2003)