

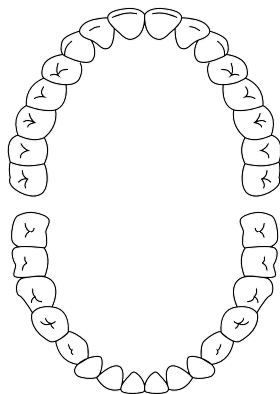


Patientens navn		CPR-nr.
Hvornår skete ulykken?	Hvilken dato henvendte patienten sig første gang til dig i forbindelse med skaden?	
Patientens oplysninger til dig om skadens opståen		
Er der foretaget akut behandling af anden tandlæge eller skadestue? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Hvis ja, hvilken behandling og af hvem?		
Angiv antal daterede røntgenbilleder	Angiv antal kliniske fotos	

Vedhæft røntgenbilleder og fotos.

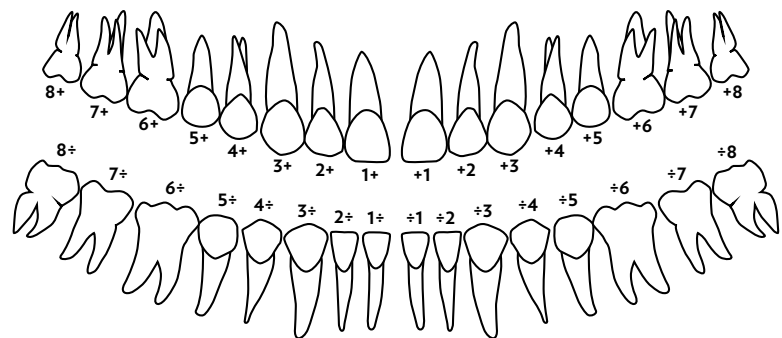
Tand (tal)	Diagnose (bogstav, se s. 6)	Tilstand før skaden							
		Intakt	Carieret	Fyldt, flader	Kronet		Rod-behandlet	Parodontitis	
			Flader	Materiale	Type	Materiale		Apikalis	Marginalis

Ved tand- eller rodfraktur skal frakturlinjen indtegnes på begge diagrammer



Patientens højre side

Patientens venstre side



Øvrige tænders tilstand Regelmæssig tandpleje Velholdte Forsømte Carierede Parodontitis

Dårlig mundhygiejne

Evt. bemærkninger/andre oplysninger du finder relevante (fx bløddelslæsioner, tidligere traumer)



Erklæring fra tandlæge



VED PROTESESKADER

Skadens art og omfang	
Er der sket legemsbeskadigelse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvilken protesetype er der tale om? <input type="checkbox"/> Hel <input type="checkbox"/> Partiel
Protesens alder	Materiale
Hvilke tænder erstatter protesen?	
Forudbestående defekter og mangler	

BEHANDLINGSFORSLAG

Akut/foreløbig behandling	Pris (±sygesikringens andel)

BEHANDLINGSFORSLAG

Endelig behandling	Pris (±sygesikringens andel)

Kan endelig behandling udføres på nuværende tidspunkt? Ja Nej, angiv anbefalet observationstid:

Angiv mulige senere følger



TANDLÆGE

Er du patientens sædvanlige tandlæge?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Omfattes af børne- og ungdomstandplejen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<small>Ved tandskader på børn og unge: Da vores tandskadedækning er subsidær, foretages løbende tilsyn og behandling over børne- og ungdomstandplejen indtil det fyldte 18. år.</small>			
Navn			
Adresse			
Postnr. og by			
Tlf.nr.		CPR-nr. eller SE-nr.	
Dato	Underskrift		

STEMPEL

	<p>Denne erklæring skal scannes og sendes af tandlægen til ulykkeskade.dk@insr.io. Alternativt kan den sendes til Insr Forsikringsagentur A/S, Sundkrogsgade 21, 2. 2100 København Ø</p> <p><small>Vardias erstatningspligt indtræder først, når vi har anerkendt skaden og accepteret ovenstående behandlingsforslag.</small></p> <p><small>Erklæringen betales af Vardia i henhold til bestående overenskomst.</small></p>
--	---

LISTE OVER TRAUMEDIAGNOSER

Infractio dentis (A)	
Fractura coronae dentis non complicata (B, C)	
Fractura coronae dentis complicata (D)	
Fractura coronae et radice dentis non complicata (E)	
Fractura coronae et radice dentis complicata (F)	
Fractura radice 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)	

Efter Andreasen 1972

EVT. YDERLIGERE BEMÆRKNINGER
