

Ansøgning om støtte til tandbehandling Sundhedsloven § 166

Kontaktoplysninger		
Ansøger		
Navn:	Cpr. nr.:	
Folkeregisteradresse:	Post nr.	By:
Telefonnr.:	Mobiltelefonnr.:	
Nuværende tandlæge		
Kliniknavn:	Tandlæge:	
Klinikadresse:	Post nr:	By:
Telefonnr.:	Cvr. nr.:	

Afkryds i de relevante felter til venstre og udfyld de rubrikker, der er aktuelle i forhold til denne ansøgning.

Afkryds		
166.1	Jeg har fået strålebehandling i <u>hoved-halsområdet</u> i forbindelse med kræftsygdom.	
Kræftdiagnose:	Behandling modtaget i (årstal):	
Kræftbehandlingen er modtaget på (hospital og afdeling):		
Jeg har fået mund/tænder undersøgt på hospitalet før kræftbehandlingen?	JA	Nej

166.1	Jeg har fået kemobehandling i forbindelse med kræftsygdom.	
Kræftdiagnose:	Behandling modtaget i (årstal):	
Kræftbehandlingen er modtaget på (hospital og afdeling):		
Jeg har fået mund og tænder undersøgt på hospitalet før kræftbehandlingen?	Ja	Nej

166.2	Jeg har tandproblemer, der kan relateres til Sjøgrens syndrom.	
Ansøgning skal være vedlagt udtalelse fra hospitalsafdeling/speciallæge, der bekræfter at diagnosen er stillet i henhold til Københavner- eller EU-kriterierne.		

Ansøgning om støtte til tandbehandling
Sundhedsloven § 166

Navn:		cpr. nr.:
Afkryds		
	166.3	Jeg har tandproblemer, der kan relateres til en sjælden medfødt sygdom.
Diagnose:		
Ved medfødte generelle sjældne sygdomme skal der være vedlagt udtalelse fra hospitalsafdeling/speciallæge, der bekræfter diagnosen.		

Dokumentation og bilag – gældende for ALLE ansøgninger.
(skal i videst muligt omfang sendes elektronisk)

Afkryds	
	Udtalelse fra praktiserende tandlæge om, hvorvidt ansøgers tandbehandlingsbehov har sammenhæng med sygdom og behandling. Om ansøger er mundtør eller evt. andet relevant for ansøgningen.
	Farvekopi af ALT foreliggende tandlægejournal herunder aktuel tand- og parodontaldiagram. Journalmaterialet skal omhandle perioden både før og efter sygdom er diagnosticeret/kræftbehandling er påbegyndt. Materialet skal indhentes hos både nuværende og evt. tidligere tandlæger.
	ALLE foreliggende enorale røntgenoptagelser, OTP og kliniske foto. (skal være dateret)
	Pris og behandlingsoverslag vedlagt.
	Aktuel medicin (medicinliste kan evt. vedlægges):

Samtykkeerklæring
Skal underskrives af ansøger (patient)

Afkryds	
	Der gives herved samtykke til, at regionen må indhente yderligere relevant dokumentation i forhold til sagsbehandling af denne ansøgning og informere min tandlæge om afgørelsen på ansøgningen.
	<hr/> <p>Dato og underskrift Underskrift er kun nødvendig ved postfremsendelse af ansøgning. Fremsendelse via patientens E-boks betragtes som samtykke til ovenstående</p>

**Ansøgning om støtte til tandbehandling
Sundhedsloven § 166**

**Ansøgning skal fremsendes via e-boks eller postforsendelse
til visitator i patientens bopælsregion**

Adresse	Kontakt
Region Hovedstaden Rigshospitalet Afsnit 5811 Blegdamsvej 9 2100 København Ø	Vedr. stråle-, kemobehandling og Sjøgrens syndrom Telefon: 3545 5834 / 3545 5811 Vedr. Sjældnen medfødt sygdom. Telefon: 3545 5836
Region Midtjylland Regionshospitalet Viborg Afd. for Regional Specialtandpleje Søndersøparken 14 8800 Viborg	Telefon: 7844 6702
Region Nordjylland Patientforløb - Praksis Niels Bohrs Vej 30 9220 Aalborg Ø	Telefon: 9764 8630 Telefontid alle hverdage Kl. 9.30 – 14.00 Se hjemmeside for yderligere information: www.rn.dk Skriv til os med Digital Post
Region Sjælland Tandplejen Æblehaven 2 4200 Slagelse	Telefon: 5852 4988
Region Syddanmark Regionstandplejen Heden 7, 3. sal 5000 Odense C	Telefon: 9944 0852 Telefon: 9944 0853

Læs om tilskudsmulighederne på
Sundhedsstyrelsens hjemmeside:
Sundhedsstyrelsen.dk. - [Tandpleje i relation til specifikke sygdomsgrupper](#)