Ansøgning om støtte til tandbehandling
Sundhedsloven § 166 (skemaet udfyldes med kuglepen)

Ansøger		
Navn:	Cpr.nr.:	
Folkeregisteradresse:	Postnr.	By:
Telefonnr.:	Mobiltelefon nr.:	
Nuværende tandlæge		
Kliniknavn:	Tandlæge:	
Klinikadresse:	Postnr.:	By:
Telefonnr.:	Cvr. nr.:	

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

☐	**stk. 1, nr. 1**	**Kræftsygdom i <u>hoved-/halsområdet</u>, hvor jeg fik strålebehandling**	
Kræftdiagnose:		Behandling modtaget i (årstal):	
Kræftbehandlingen er modtaget på (hospital og afdeling):			
Mund/tænder undersøgt på hospitalet *før* strålebehandlingen		**Afkryds én**	
		Ja ◯ *eller*	Nej ◯

☐	**stk. 1, nr. 2**	**Blodkræft, hvor jeg fik <u>helkropsbestråling</u> forud for allogen knoglemarvstransplantation**	
Kræftdiagnose:		Behandling modtaget i (årstal):	
Kræftbehandlingen er modtaget på (hospital og afdeling):			
Mund/tænder undersøgt på hospitalet *før* kræftbehandlingen		**Afkryds én**	
		Ja ◯ *eller*	Nej ◯

☐	**stk. 1, nr. 3**	**<u>Graft versus host-sygdom (GvHD), kronisk</u>, er udviklet efter knoglemarvstransplantation**	
Graft versus host-sygdom (GvHD) diagnose		Behandling modtaget i (årstal):	
Behandlingen er modtaget på (hospital og afdeling):			
Mund/tænder undersøgt på hospitalet før behandlingen		**Afkryds én**	
		Ja ◯ *eller*	Nej ◯

Ansøgning om støtte til tandbehandling
Sundhedsloven § 166 (skemaet udfyldes med kuglepen)

Navn:	**Cpr.nr.**:

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

☐	**stk. 1, nr. 4**	**<u>Sjögrens syndrom</u> har givet tandproblemer, der kan relateres hertil**
En speciallæge i reumatologi har stillet diagnosen Sjögrens Syndrom **efter fagligt anerkendte kriterier.** Udtalelsen <u>skal</u> indeholde testresultaterne fra de undersøgelser, der ligger til grund for diagnosticeringen.		Diagnose **dato**:
Vedhæftes ansøgningen (**sæt kryds**):		
	Udtalelse fra speciallæge i reumatologi der bekræfter, at diagnosen er stillet iht. anerkendte Kriterier, testresultaterne fra undersøgelserne, der foreligger samt <u>datoen for den endelige diagnosticering</u> skal tydeligt fremgå	

☐	**stk. 1, nr. 5**	**<u>Kemoterapi, immunterapi eller hormon- og antihormonbehandling</u> pga. kræftsygdom**	
Kræftdiagnose:			Behandling modtaget i (årstal):
Kræftbehandlingen er modtaget på (hospital og afdeling):			
Mund/tænder undersøgt på hospitalet *før* kræftbehandlingen		**Afkryds én**	
		Ja ◯	*eller* Nej ◯

☐	**stk. 1, nr. 6**	**<u>Sygdom i skjoldbruskkirtlen</u> er behandlet med radioaktivt jod**	
Sygdomsdiagnose:			Behandling modtaget i (årstal):
Behandlingen er modtaget på (hospital og afdeling):			
Mund/tænder undersøgt på hospitalet før der blev givet radioaktivt jod mod sygdommen		**Afkryds én**	
		Ja ◯	*eller* Nej ◯

Ansøgning om støtte til tandbehandling
Sundhedsloven § 166 (skemaet udfyldes med kuglepen)

Navn:	**Cpr.nr.**:

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

☐	**stk. 1, nr. 7**	**Antidepressiva, tricykliske (TCA) i aktuel og fast behandling mindst 6 måneder**
Sygdomsdiagnose:		Behandling modtaget (årstal):
Behandlende hospital og afdeling eller praktiserende læge (navn, adresse, postnr., by)		

☐	**stk. 1, nr. 8**	**<u>Svær psykisk lidelse</u> og i aktuel og fast behandling med psykofarmaka i mindst 6 måneder**
Behandlingsansvarlig læge kan vurdere, om patienten har en svær psykisk lidelse		Dato for vurdering:
Vedhæftes ansøgningen (**sæt kryds**):		
	Udtalelse fra behandlingsansvarlige læge der vurderer, at patienten aktuelt har en svær psykisk lidelse og er i fast behandling med psykofarmaka	
Behandling er modtaget på (hospital og afdeling) eller praktiserende læge (navn, adresse, postnr., by)		

☐	**stk. 1, nr. 9**	**<u>Refluks</u> efter hel eller delvis fjernelse af lukkemusklen i mavesækken**
Sygdomsdiagnose:		Behandling modtaget i (årstal):
Behandlingen er modtaget på (hospital og afdeling):		

☐	**stk. 2**	**<u>Sjælden medfødt sygdom</u> har givet tandproblemer, der kan relateres hertil**
Diagnose:		
	Ved medfødte generelle sjældne sygdomme skal der være vedlagt udtalelse fra hospitalsafdeling/speciallæge, der bekræfter diagnosen.	

Ansøgning om støtte til tandbehandling
Sundhedsloven § 166 (skemaet udfyldes med kuglepen)

Navn:	**Cpr.nr.**:

Dokumentation og bilag – gældende for alle ansøgninger (skal i videst muligt omfang sendes elektronisk)	
Nedenstående oplysninger indgår i vurderingen af ansøgningen og lægges til grund for evt. bevilling eller afslag sammen med hospitalsjournalen som Tilskudsordningen selv indhenter fra det hospital, hvor patienten er blevet behandlet og kontrolleret efterfølgende.	
Afkryds	**Patientens praktiserende tandlæge indhenter og medsender nedenstående dokumentation:**
	Udtalelse fra praktiserende tandlæge om, hvorvidt ansøgers tandbehandlingsbehov menes omfattet ordningen til forebyggende og behandlende tandpleje. Ved særligt kostbare behandlinger beskrives sammenhængen med sygdom, behandling eller operation. Herudover 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/operation foretaget Materialet skal indhentes hos både nuværende og evt. tidligere tandlæger.
	ALLE foreliggende enorale røntgenoptagelser, OTP og kliniske foto (skal være dateret) for perioden både før og efter sygdom er diagnosticeret/behandling er påbegyndt/operation udført
	Pris- og behandlingsoverslag ved aktuelt behandlingsbehov
	Individuel forebyggelsesplan
	Aktuel medicin (vedlæg gerne medicinliste)

Ansøgning om støtte til tandbehandling
Sundhedsloven § 166 (skemaet udfyldes med kuglepen)

Samtykkeerklæring **Skal underskrives af ansøger (patient)**	
Jeg giver herved mit samtykke til, at den sagsbehandlende instans i min bopælsregion, må indhente nedennævnte oplysninger. Der må kun indhentes oplysninger, der har relevans for denne ansøgning. Oplysningerne må kun anvendes i forbindelse med min ansøgning om tilskud til tandbehandling iht. sundhedslovens §166.	
Afkryds	**Patientens praktiserende tandlæge indhenter og medsender nedenstående dokumentation:**
	Supplerende tandlægefaglige informationer og materiale fra min tandlæge.
	Kopi af notat fra Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk Afdeling vedr. tandundersøgelse og behandling samt evt. røntgenbilleder.
	Medicinoplysninger fra min elektroniske patientjournal (FMK).
	Oplysninger fra min elektroniske patientjournal vedr. sygdom/behandling, der ligger til grund for min ansøgning.
	Udtalelse fra behandlende sygehusafdeling.
	At regionen må informere min tandlæge om afgørelse på denne og fremtidige §166 ansøgninger.
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. Dato: Underskrift: Dato og underskrift (Underskrift er kun nødvendig ved postfremsendelse af ansøgning. Fremsendelse via digital post fra **patienten** betragtes som samtykke til ovenstående).	

Tilbagetrækning af samtykke
Ovenstående materiale er nødvendig for at kunne foretage sagsbehandling af din ansøgning. Dit samtykke kan til en hver tid trækkes tilbage. Dette kan du gøre ved at ringe eller maile til den instans, der behandler din ansøgning, Det vil dog betyde, at du selv skal fremskaffe og fremsende det nævnte materiale.

Ansøgning om støtte til tandbehandling
Sundhedsloven § 166 (skemaet udfyldes med kuglepen)

Ansøgning skal fremsendes via digital post eller postforsendelse til visitator i patientens bopælsregion	
Region Hovedstaden Rigshospitalet Afsnit 5811 Blegdamsvej 9 2100 København Ø	*Patientgrupper § 166, stk. 1, nr. 1-9* Telefon: 3545 5811 E-mail: tilskud.rigshospitalet@regionh.dk *Sjælden medfødt sygdom § 166, stk. 2* Telefon: 3545 5836 E-mail: ovic.rigshospitalet@regionh.dk Hjemmeside: Tilskudsordningen § 166
Region Midtjylland Regionshospitalet Viborg Afd. for Regional Specialtandpleje Søndersøparken 14 8800 Viborg	Telefon: 7844 6700 E-Mail: tilskudtand@rm.dk
Region Nordjylland Praksisafregningen Niels Bohrs Vej 30 9220 Aalborg Ø	Telefon: 9764 8000 Se hjemmesiden for yderligere information
Region Sjælland Tandplejen Næstved Sygehus Ringstedgade 61, indgang 33 4700 Næstved	Telefon: 5852 4988 E-Mail: rstand@regionsjaelland.dk
Region Syddanmark Praksisafregningen Damhaven 12 7100 Vejle	Telefon: 9944 0852 Mail til tandlæger: tilskudsordning@rsyd.dk Se hjemmesiden for yderligere information
Læs om tilskudsmulighederne på Sundhedsstyrelsens hjemmeside vælg Tandsundhed og tandpleje og find de specifikke sygdomsgrupper Udvidelse af ordning om tilskud til tandpleje for udvalgte patientgrupper LOV nr. 504 af 20. maj 2025	