

Ansøgning om støtte til tandbehandling Sundhedsloven § 166

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	
----------------	--

<input type="checkbox"/>	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 <i>før</i> strålebehandlingen		Afkryds én
		Ja <input type="radio"/> <i>eller</i> Nej <input type="radio"/>

<input type="checkbox"/>	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 <i>før</i> strålebehandlingen		Afkryds én
		Ja <input type="radio"/> <i>eller</i> Nej <input type="radio"/>

<input type="checkbox"/>	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):
Kræftbehandlingen er modtaget på (hospital og afdeling):		
Mund/tænder undersøgt på hospitalet <i>før</i> knoglemarvs-transplantation		Afkryds én
		Ja <input type="radio"/> <i>eller</i> Nej <input type="radio"/>

Ansøgning om støtte til tandbehandling

Sundhedsloven § 166

Navn:	Cpr.nr.:
-------	----------

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

Afkryds

<input type="checkbox"/>	stk. 1, nr. 4	Sjøgrens Syndrom har givet tandproblemer, der kan relateres hertil
--------------------------	----------------------	---

En speciallæge i reumatologi har stillet diagnosen Sjøgrens Syndrom **efter fagligt anerkendte kriterier**. Udtalelsen skal 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. Københavner- eller EU-kriterierne. Testresultaterne fra undersøgelserne, der ligger til grund for diagnosen samt datoen for den endelige diagnosticering skal fremgå tydeligt.

Munddelen, testresultater (sialometri/læbebiopsi)

Øjendelen, restresultater (schirmers test)

Mund/tænder undersøgt på hospitalet ifm. udredning for Sjøgren	Afkryds én	
	Ja <input type="radio"/>	eller <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/>

<input type="checkbox"/>	stk. 1, nr. 5	Kemoterapi, immunterapi eller hormon- og antihormonbehandling pga. kræftsygdom
--------------------------	----------------------	---

Kræftdiagnose:

Behandling modtaget i (årstal):

Kræftbehandlingen er modtaget på (hospitalet og afdeling):

Mund/tænder undersøgt på hospitalet <i>før</i> kræftbehandlingen	Afkryds én	
	Ja <input type="radio"/>	eller <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/>

<input type="checkbox"/>	stk. 1, nr. 6	Sygdom i skjoldbruskkirtlen er behandlet med radioaktivt jod
--------------------------	----------------------	---

Sygdomsdiagnose:

Behandling modtaget i (årstal):

Behandlingen med radioaktivt jod er modtaget på (hospitalet og afdeling):

Mund/tænder undersøgt på hospitalet <i>før</i> der blev givet radioaktivt jod mod sygdommen	Afkryds én	
	Ja <input type="radio"/>	eller <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/>

radioakti

<input type="checkbox"/>	stk. 2	Sjælden medfødt sygdom 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**

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 ansøges 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) for perioden både før og efter sygdom er diagnosticeret/behandling er påbegyndt
	Pris og behandlingsoverslag vedlagt
	Aktuel medicin (vedlæg gerne medicinliste)

VED EVT. AFSLAG ER DER EN FRIST PÅ HHV. 3 UGER VED FREMSENDELSE AF FYSISK BREV MED POSTEN, OG 2 UGER NÅR VI SENDER I DIGITAL POST, TIL AT KOMME MED INDSIGELSE (PARTSHØRINGSFRIST).

MODTAGER VI IKKE INDSIGELSE, NYE OPLYSNINGER TIL SAGEN ELLER ANMODNING OM UDSÆTTELSE AF PARTSHØRINGSFRISTEN PGA. DER ER VED AT BLIVE INDHENTET FLERE, NYE OPLYSNINGER, BLIVER AFGØRELSEN ENDELIG.

**Samtykkeerklæring
skal underskrives af ansøger (patient)**

DA EVT. BEVILLING VIL GÆLDE FRA MODTAGELSEN AF DEN UNDERSKREVNE ANSØGNING
SKAL DATO FOR UNDERSKRIFT VÆRE PÅFØRT DETTE SKEMA.

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).

Ansøgning om støtte til tandbehandling Sundhedsloven § 166

Ansøgning skal fremsendes via digital post eller postforsendelse til visitator i patientens bopælsregion	
Region Hovedstaden Rigshospitalet Afsnit 5811 Blegdamsvej 9 2100 København Ø	<i>Patientgrupper § 166, stk. 1, nr. 1-6</i> Telefon: 3545 5834 / 3545 5811 E-mail: tilskud.rigshospitalet@regionh.dk <i>Sjælden medfødt sygdom § 166, stk. 2</i> 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 6702 E-Mail: tilskudtand@rm.dk
Region Nordjylland Patientforløb - Praksis Niels Bohrs Vej 30 9220 Aalborg Ø	Telefon: 9764 8000
Region Sjælland Tandplejen Næstved Sygehus Ringstedgade 61, indgang 33 4700 Næstved	Telefon: 5852 4988 E-Mail: rstand@regionsjaelland.dk
Region Syddanmark Praksisafdelingen Damhaven 12 7100 Vejle	Telefon: 9944 0852 Mail: tilskudsordning@rsyd.dk Se hjemmesiden for yderligere information
<p>Læs om tilskudsmulighederne på Sundhedsstyrelsens hjemmeside vælg Tandsundhed og tandpleje og find de specifikke sygdomsgrupper Lov om ændring af sundhedsloven LOV nr 649 af 11/06/2024 ikrafttræden 1. juli 2024 Bekendtgørelse om tandpleje BEK nr 706 af 11/06/2024 gældende fra 1. juli 2024</p>	