

Ansøgning om støtte til tandbehandling

Sundhedsloven § 166

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 Sjögrens syndrom.
Ansøgning skal være vedlagt udtalelse fra hospitalsafdeling/speciallæge, der bekræfter at diagnosen er stillet i henhold til Københavner- eller EU-kriterierne. Udtalelsen <u>skal</u> indeholde testresultaterne fra de undersøgelser der ligger til grund for diagnosen.		

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). perioden både før og efter sygdom er diagnosticeret/kræftbehandling er påbegyndt.
	Pris og behandlingsoverslag vedlagt.
	Aktuel medicin (vedlæg gerne medicinliste):

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. _____ Dato og underskrift (Underskrift er kun nødvendig ved postfremsendelse af ansøgning. Fremsendelse via E-boks betragtes som samtykke til ovenstående)

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

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

Region Hovedstaden
Rigshospitalet Afsnit 5811
Blegdamsvej 9
2100 København Ø

*Vedr. stråle-, kemobehandling og
Sjøgrens syndrom:*
Telefon: 3545 5834 / 3545 5811
E-mail: tilskud.rigshospitalet@regionh.dk
Vedr. Sjælden medfødt sygdom:
Telefon: 3545 5836
E-mail: ovic.rigshospitalet@regionh.dk

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
Æblehaven 2
4200 Slagelse

Telefon: 5852 4988
E-Mail: rstand@regionsjaelland.dk

Region Syddanmark
Den Regionale Tandpleje
Nørregade 63
6700 Esbjerg

Telefon: 9944 0852
Telefon: 9944 0853
Se hjemmeside for yderligere information:
rsyd.dk/tandpleje

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