

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/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 <u>samt datoen for den endelige diagnosticering.</u>		

	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.		

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:
<input type="checkbox"/>	Udtalelse fra praktiserende tandlæge om, hvorvidt ansøgeres tandbehandlingsbehov har sammenhæng med sygdom og behandling og om ansøger er mundtør eller evt. andet relevant for ansøgningen.
<input type="checkbox"/>	Farvekopi af ALT foreliggende tandlægejournal herunder aktuel tand- og parodontal-diagram. Journalmaterialet skal omhandle perioden både før og efter sygdom er diagnosticeret/kræftbehandling er påbegyndt. Materialet skal indhentes hos både nuværende og evt. tidligere tandlæger.
<input type="checkbox"/>	ALLE foreliggende enorale røntgenoptagelser, OTP og kliniske foto. (skal være dateret). perioden både før og efter sygdom er diagnosticeret/behandling er påbegyndt.
<input type="checkbox"/>	Pris og behandlingsoverslag vedlagt.
<input type="checkbox"/>	Aktuel medicin (vedlæg gerne medicinliste):

**VED EVT. AFSLAG ER DER EN FRIST PÅ HENHOLDSVIS 2 UGER, HVIS AFSLAG
MODTAGES I E-BOKS OG 3 UGER VED FYSISK BREV,
FOR AT KOMME MED INDSIGELSE, HVOREFTER AFGØRELSEN BLIVER 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 **patientens** 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: 5855 8134

E-Mail: rstand@regionsjaelland.dk

Region Syddanmark

Den Regionale Tandpleje
Kolding Sygehus
Sygehusvej 20
6000 Kolding

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](#).