

TANDSKADEANMELDELSE / TANDSKADER

Police-/skadenummer 882-20.412 DIP	Personnummer/skadelidte	Gruppe nr. 0412
--	-------------------------	--------------------

Skadelidte

Stilling		Telefon privat
Navn		Telefon privat
Adresse	Postnr.	By
E-mail		

Ulykkestilfælde

Hvor skete ulykken – sted?		Hvornår skete ulykken – dato?	Klokkeslet
Skete ulykkestilfældet i din fritid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	I andres tjeneste <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvori bestod beskadigelsen?	

Skadeårsag bedes besvaret med en klar beskrivelse af de omstændigheder, der fremkaldte skaden. Ved færdselsuheld bedes rids indtegnet eller vedlagt

Er der optaget politirapport <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvilken politistation
Var du fuldstændig rask ved ulykkestilfældets indtræden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis nej – hvad fejlede du

Vedr. børn: Hvis skaden er sket i skolen eller på vej til og derfra, bedes skolens navn og adresse oplyst

Har du ulykkesforsikring i andre selskaber <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Hvilke? – selskab og policenr. bedes oplyst	
Med hvilken sum?	Er du medlem af Danmark? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Medlems. Og gruppenr.	Er skaden anmeldt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Fuldmagt/samtykkeerklæring

Jeg giver hermed Tryg fuldmagt /samtykke til at udveksle nødvendige helbredsoplysninger og andre relevante oplysninger om mig til brug for anerkendelse, vurdering og fastsættelse af erstatning i forbindelse med min personskade efter uheldet. Dette kan ske med andre forsikringsselskaber, pensionskasser, læger, lægelige institutioner, tandlæger, Arbejdsskadestyrelsen eller andre offentlige og kommunale institutioner.

Udbetaling

Erstatning ønskes overført til bankkonto

Ja, angiv reg.nr. og kontonr.

Underskrift

Sted	Dato	Underskrift
------	------	-------------

TANDLÆGEERKLÆRING / Ulykkesforsikring

Patientoplysninger

882-20.412 DIP

Navn	Stilling	Personnummer
------	----------	--------------

Ulykkestilfældets dato	Hvilken dato henvendte patienten sig 1. gang til dig i forbindelse med skaden
------------------------	---

Patientens oplysning til dig om skadens opståen

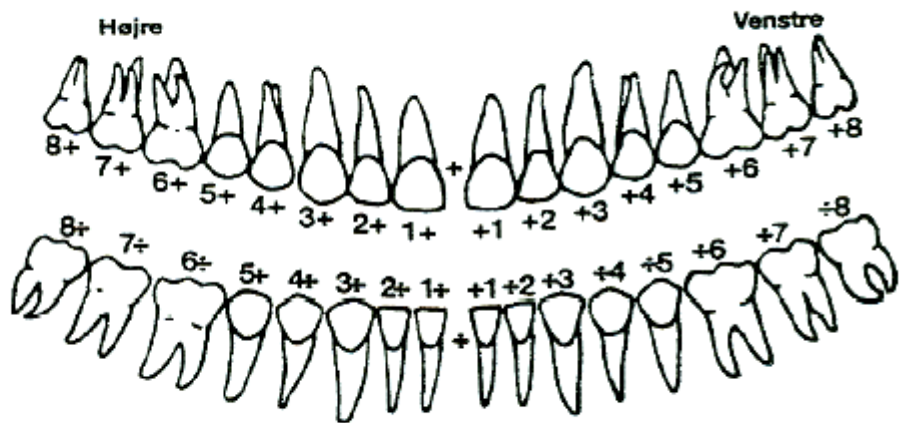
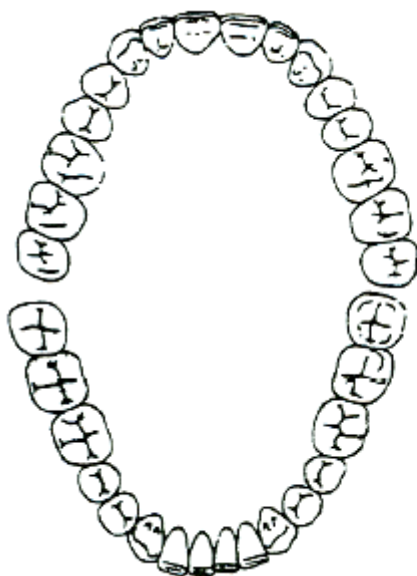
Er der foretaget akut behandling af anden tandlæge eller skadestue? – Hvis ja – hvilken og af hvem?

Antal daterede røntgenbilleder vedlagt (vil blive returneret) NB: Sagerne behandles kun undtagelsesvis uden røntgenbilleder

Oplysninger om de ved skaden påvirkede tænder (se diagnoseliste med bogstavmarkering)

Hvilke tænder	Diagnose, bogstav	Tilstand før skaden							
		Intakt	Carieret	Fyldt, Flader	Kronet		Rodbeh.	Parodontitis	
			Flader	Materiale	Type	Materiale		Apikalis	Marginalis

Ved tand- eller rodfraktur skal frakturlinien indtegnes på begge diagrammer



TANDLÆGEERKLÆRING / Ulykkesforsikring

Tandlægen		882-20.412 DIP	
Adresse		Postnr.	By
Dato	Underskrift		
Honorarmodtagerens CPR- eller CVR-nummer bedes oplyst, jf. skattelovgivningen			
CPR- eller CVR-nummer			
Stempel med telefonnummer			

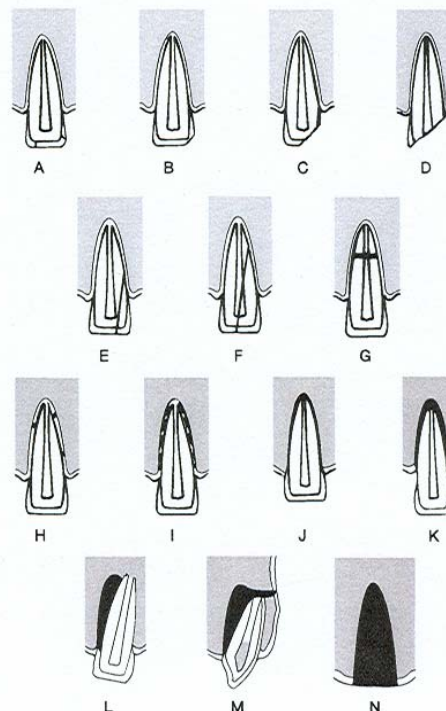
Denne erklæring indsendes af tandlægen til selskabets hovedkontor. Selskabets erstatningspligt indtræder først, når selskabet har anerkendt skaden og accepteret det modtagne behandlingsforslag.

Denne attest, hvis formulering er aftalt med Dansk Tandlægeforening til brug ved forsikring, betales til tandlægen af selskabet i henhold til bestående overenskomst.

Liste over de almindeligst forekommende traumediagnoser

Efter Andreasen 1972

Infractio dentis (A)
 Fractura coronae dentis non complicata (B, C)
 Fractura coronae dentis complicata (D)
 Fractura coronae et radices dentis non complicata (E)
 Fractura coronae et radices dentis complicata (F)
 Fractura radices dentis (G)
 Fractura processus alveolaris
 Fractura corporis mandibulae
 Fractura corporis maxillae
 Concussio dentis (H)
 Subluxatio dentis (I)
 Intrusio dentis (J)
 Extrusio dentis (K)
 Luxatio lateralis dentis (L, M)
 Exarticulatio dentis (N)



Evt. yderligere bemærkninger

Anmeldelsen indsendes i udfyldt og underskrevet stand til
 Tryg Forsikring A/S, Gruppeforsikringsafdelingen, Klausdalsbrovej 601, 2750 Ballerup