

# Anmeldelse Ulykkesforsikring Tandskade på voksen

privat sikring

Undgå hæfteklammer – brug clips! Vi scanner bilagene

## Forsikringstager

Navn	
Adresse	
Postnr.	By
E-mail	

## Skadenr.

(udfyldes af Privatsikring)

Policenr.

Tlf. privat

Tlf. arbejde

CPR-nr.

<b>Skadelidte</b>	Skadelidtes navn	Stilling
	Adresse	Tlf.
	Postnr. og by:	
<b>Pengeinstitut</b>	Reg.nr.	Kontonr.
<b>Ulykken</b>	Hvornår skete ulykken? Dato og klokkeslæt	Hvor skete ulykken? Adresse
	Ulykken skete: <input type="checkbox"/> I fritiden <input type="checkbox"/> Under arbejde for arbejdsgiver <input type="checkbox"/> På arbejdsgivers område <input type="checkbox"/> Ærinde for arbejdsgiver <input type="checkbox"/> Som selvstændig (eget erhverv) <input type="checkbox"/> På vej til/fra arbejde	
	Hvordan skete ulykken?	
	Hvad var årsagen til, ulykken skete?	
	Er der sket anden legemsbeskadigelse?	
	Hvor blev du undersøgt første gang efter skaden?	Hvornår? (dag/måned/år)
	Havde du inden for det sidste døgn inden skaden, indtaget nogen form for alkohol, rusmidler, medicin eller lign.? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – hvad var indtaget og hvor meget:	
	Er der optaget politirapport? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – stationens navn:	
	Var du fuldstændig rask og arbejdsdygtig, da ulykken skete? <input type="checkbox"/> Nej – hvorfor ikke: <input type="checkbox"/> Ja	
Hvad er dit daglige arbejde da ulykken skete?		
Er du omfattet af andre ulykkesforsikringer? Fx privat, via arbejdsplads, fagforbund eller lignende? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – selskab: Policenr.:		
Er du medlem af Sygeforsikringen Danmark? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – hvilken gruppe (1,2,5,8):		

## Derfor skal du give samtykke

Når du anmelder en skade til Forsikringsselskabet Privatsikring A/S (herefter kaldet Privatsikring), har du pligt til at give Privatsikring alle tilgængelige og relevante

oplysninger, som kan være af betydning for vurderingen af skaden og beregning af forsikringsudbetalingen. Det følger af forsikringsaftaleloven.

## Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger

Jeg giver med min underskrift samtykke til, at Privatsikring i forbindelse med behandlingen af min sag må indhente, anvende og videregive de oplysninger, som er nødvendige for selskabets behandling af min sag.

Privatsikring indhenter oplysninger for at kunne vurdere, om min skade er omfattet af ulykkesforsikringen, og om jeg har fået et varigt mén samt størrelsen heraf. Privatsikring må i den forbindelse videregive de nødvendige oplysninger til identifikation af mig (fx mit CPR-nr.) og nødvendige oplysninger om min forsikrings sag og mit helbred til dem, som selskabet indhenter oplysninger fra.

Privatsikring præciserer over for dem, som der indhentes oplysninger fra, hvilke oplysninger der er relevante.

### Hvem kan der indhentes oplysninger fra?

Privatsikring kan med dette samtykke i et år indhente relevante oplysninger fra følgende aktører:

- Min nuværende og tidligere læge.
- Offentlige og private sygehuse samt laboratorier, ambulatorier og klinikker.
- Speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer.
- Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.
- Andre forsikringsselskaber, hvor jeg har anmeldt min skade.
- Politiet.

De nævnte aktører kan med dette samtykke i et år videregive de relevante oplysninger til Privatsikring. Jeg får besked hver gang Privatsikring indhenter oplysninger.

### Hvem kan de indhentede oplysninger videregives til?

Privatsikring kan med dette samtykke videregive de indhentede oplysninger til følgende aktører i forbindelse med behandlingen af min sag:

- Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.
- Speciallæge, som skal udfylde en attest eller udarbejde en speciallægeerklæring.

Er tilskadekomne under værgemål  Nej  Ja  
Hvis ja, oplys navn og adresse på væрге.

### Væрге

Navn	
Adresse	
Postnr.	By

### Skal udfyldes

Dato	Tilskadekomnes underskrift	Værges underskrift (hvis skadelidte er under 18 år, eller under værgemål)
------	----------------------------	---

### Sendes til:

Privatsikring, Ulykkeskade, Midtermolen 7, DK-2100 København Ø – eller via e-mail [ulykkeskade@privatsikring.dk](mailto:ulykkeskade@privatsikring.dk)

---

**Forsikringstager**

Navn	
Adresse	
Postnr.	By
E-mail	

---

**Skadenr.**

---

**Policenr.**















---

## Vigtigt!

- Vedlæg altid røntgen og kliniske fotos i det omfang det er nødvendigt for illustration/dokumentation af skadens omfang. (Røntgenbilleder og kliniske fotos skal monteres, forsynes med optagelsesdato og patientdata samt tandlægens navn, jf. Sundhedsstyrelsens og Tandlægeforeningens vejledende retningslinjer for journalføring).
- Forsikringssselskabets dækning er typisk begrænset til rimelige og nødvendige udgifter – det vil sige alene udgifter til at bringe patientens tænder i samme stand som før skaden. Dækningen vil være beskrevet i den enkelte forsikringsaftale.
- Ved start af behandling før selskabets accept heraf skal tandlægen gøre patienten opmærksom på, at der evt. kan blive tale om egenbetaling i det omfang, der ikke måtte være fornøden forsikringsdækning.
- Såfremt kunden ikke har afgivet samtykke på anmeldelsesblanketten, påhviler det selskabet at rekvirere forsikredes samtykke.

<b>Patient</b>	Patientnavn		CPR-nr.								
	Stilling										
	Ulykkestilfældets dato (dag/måned/år)		Hvilken dato henvendte patienten sig 1. gang i forbindelse med skaden? (dag/måned/år)								
	Patientens oplysning til dig om skadens opståen										
	Er der foretaget akut behandling af anden tandlæge eller skadestue? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – hvilken og af hvem?										
____ stk. daterede røntgenbilleder vedlagt (vil blive returneret). Sagerne behandles kun undtagelsesvis uden røntgenbilleder. ____ stk. kliniske fotos (afkryds) <input type="checkbox"/> Alm. røntgenbilleder <input type="checkbox"/> Print <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Cd-rom											
<b>Oplysninger om de ved skaden påvirkede tænder</b>	Hvilke tænder	Diagnose	Tilstand for skaden								
				Carieret	Fylgt, flader	Kronet		Parodontitis			
				Intakt	Flader	Materiale	Type	Materiale	Rodbeh.	Apikalis	Marginalis
<b>Diagrammer</b>	Ved tand- eller rodfraktur skal frakturlinien indtegnes på begge diagrammer										
<b>Øvrige tænder</b>	Øvrige tænders tilstand. (Evt. bemærkninger hertil kan angives nedenfor) <input type="checkbox"/> Regelmæssig tandpleje <input type="checkbox"/> Velholdte <input type="checkbox"/> Forsømte <input type="checkbox"/> Carierede <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Dårlig mundhygiejne										
<b>Andre oplysninger</b>	Andre oplysninger du finder relevante (fx bløddelslæsioner, tidligere traume) (kan evt. fortsættes efter "liste over de almindeligst forekommende traumediagnoser")										

<b>Ved protese-skader ønskes oplyst</b>	Skadens art og omfang			
	Legemsbeskadigelse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Protesetype <input type="checkbox"/> Hel <input type="checkbox"/> Partiel	Protesens alder År	Materiale
	Hvilke tænder erstatter protesen?		Forudbestående defekter og mangler:	
<b>Behandlingsforslag</b>	A. Akut/foreløbig behandling (specificeret)		Honorar kr.	Sygesikringens andel kr.
	I alt			
	B. Endelig behandling (specificeret overslag)		Honorar kr.	Sygesikringens andel kr.
	I alt			
	Kan endelig behandling udføres på nuværende tidspunkt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Anbefalet observationstid	
	Mulige senere følger			
	Er patienten medlem af Sygeforsikringen Danmark? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – gruppe:			
Er De patientens sædvanlige tandlæge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Omfattet af børne- og ungdomstandplejen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Ved skader på børn og unge: Da vor tandskadedækning er subsidær, foretages løbende tilsyn og behandling over børne- og ungdomstandplejen indtil det fyldte 18. år.				
<b>Pengeinstitut</b>	Eventuel udbetaling kan overføres direkte til Deres pengeinstitut. Oplys venligst reg.nr. og kontonr. Oplysningerne vil kun blive brugt i denne sag, og er omfattet af vores tavshedspligt.			
	Reg.nr.	Kontonr.		
<b>E-mail</b>	Ønsker du, at kommunikere via e-mail, skal du anføre din e-mailadresse her:			
<b>Tandlægen</b>	Navn		Adresse	
	Postnr. og by		Stempel med telefonnr.	
	Dato og underskrift			
	Honorarmodtagerens CPR- eller CVR-nr. bedes oplyst, jvf. skattelovgivning CPR- eller CVR-nr.			
	Denne erklæring indsendes af tandlægen til Codans hovedkontor. Selskabets erstatningspligt indtræder først, når selskabet har anerkendt skaden og accepteret det modtagne behandlingsforslag. Denne attest, hvis formulering er tiltrådt af Dansk Tandlægeforening til brug ved forsikring, betales tandlægen af selskabet i henhold til bestående overenskomst.			

Evt. yderligere oplysninger														
Traumediagnoser med risikovurdering for pulpa nekrose (PN) og progressiv rod resorption (RR) (inflammatorisk & ankylose) samt vejledende minimums observations periode før restaurering														
	 <p><b>Infrafractio dentis</b></p> <table border="1" data-bbox="539 745 817 801"> <tr> <td>PN</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>3 %</td> <td>0 %</td> <td>3 mdr.</td> </tr> </table>	PN	RR	OBS*	3 %	0 %	3 mdr.	 <p><b>Fractura coronae dentis non complicatae</b></p> <table border="1" data-bbox="1061 745 1339 801"> <tr> <td>PN</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>3 %</td> <td>0 %</td> <td>3 mdr.</td> </tr> </table>	PN	RR	OBS*	3 %	0 %	3 mdr.
PN	RR	OBS*												
3 %	0 %	3 mdr.												
PN	RR	OBS*												
3 %	0 %	3 mdr.												
	 <p><b>Fractura coronae dentis complicatae</b></p> <table border="1" data-bbox="539 913 817 969"> <tr> <td>PN</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>3 %</td> <td>0 %</td> <td>3 mdr.</td> </tr> </table>	PN	RR	OBS*	3 %	0 %	3 mdr.	 <p><b>Fractura coronae et radiceis dentis non complicatae</b></p> <table border="1" data-bbox="1061 913 1339 969"> <tr> <td>PN</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>? %</td> <td>0 %</td> <td>6 mdr.</td> </tr> </table>	PN	RR	OBS*	? %	0 %	6 mdr.
PN	RR	OBS*												
3 %	0 %	3 mdr.												
PN	RR	OBS*												
? %	0 %	6 mdr.												
	 <p><b>Fractura coronae et radiceis dentis complicatae</b></p> <table border="1" data-bbox="539 1081 817 1137"> <tr> <td>PN</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>? %</td> <td>0 %</td> <td>6 mdr.</td> </tr> </table>	PN	RR	OBS*	? %	0 %	6 mdr.	 <p><b>Fractura radiceis dentis</b></p> <table border="1" data-bbox="1061 1081 1339 1137"> <tr> <td>PN</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>28 %</td> <td>1 %</td> <td>6 mdr.</td> </tr> </table>	PN	RR	OBS*	28 %	1 %	6 mdr.
PN	RR	OBS*												
? %	0 %	6 mdr.												
PN	RR	OBS*												
28 %	1 %	6 mdr.												
	 <p><b>Fractura processus alveolaris</b></p> <table border="1" data-bbox="539 1249 817 1305"> <tr> <td>PN</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>45 %</td> <td>2 %</td> <td>6 mdr.</td> </tr> </table>	PN	RR	OBS*	45 %	2 %	6 mdr.	 <p><b>Fractura maxillae et mandibulae</b></p> <table border="1" data-bbox="1061 1249 1339 1305"> <tr> <td>PN</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>25 %</td> <td>3 %</td> <td>6 mdr.</td> </tr> </table>	PN	RR	OBS*	25 %	3 %	6 mdr.
PN	RR	OBS*												
45 %	2 %	6 mdr.												
PN	RR	OBS*												
25 %	3 %	6 mdr.												
	 <p><b>Concussio dentis</b></p> <table border="1" data-bbox="539 1417 817 1473"> <tr> <td>PN**</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>6 %</td> <td>0 %</td> <td>3 mdr.</td> </tr> </table>	PN**	RR	OBS*	6 %	0 %	3 mdr.	 <p><b>Subluxatio dentis</b></p> <table border="1" data-bbox="1061 1417 1339 1473"> <tr> <td>PN**</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>15 %</td> <td>2 %</td> <td>3 mdr.</td> </tr> </table>	PN**	RR	OBS*	15 %	2 %	3 mdr.
PN**	RR	OBS*												
6 %	0 %	3 mdr.												
PN**	RR	OBS*												
15 %	2 %	3 mdr.												
	 <p><b>Extrusio dentis</b></p> <table border="1" data-bbox="539 1585 817 1641"> <tr> <td>PN**</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>25 %</td> <td>6 %</td> <td>6 mdr.</td> </tr> </table>	PN**	RR	OBS*	25 %	6 %	6 mdr.	 <p><b>Luxatio lateralis dentis</b></p> <table border="1" data-bbox="1061 1585 1339 1641"> <tr> <td>PN**</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>62 %</td> <td>3 %</td> <td>6 mdr.</td> </tr> </table>	PN**	RR	OBS*	62 %	3 %	6 mdr.
PN**	RR	OBS*												
25 %	6 %	6 mdr.												
PN**	RR	OBS*												
62 %	3 %	6 mdr.												
	 <p><b>Intrusio dentis</b></p> <table border="1" data-bbox="539 1753 817 1809"> <tr> <td>PN**</td> <td>RR</td> <td>OBS***</td> </tr> <tr> <td>90 %</td> <td>35 %</td> <td>1 år</td> </tr> </table>	PN**	RR	OBS***	90 %	35 %	1 år	 <p><b>Avulsio dentis</b></p> <table border="1" data-bbox="1061 1753 1339 1809"> <tr> <td>PN</td> <td>RR</td> <td>OBS***</td> </tr> <tr> <td>92 %</td> <td>70 %</td> <td>1 år</td> </tr> </table>	PN	RR	OBS***	92 %	70 %	1 år
PN**	RR	OBS***												
90 %	35 %	1 år												
PN	RR	OBS***												
92 %	70 %	1 år												
<p>* Før restaurering påbegyndes bør en pulpa vitalitets test udføres. Hvis tanden er vital og røntgen ikke viser tegn på progressiv rod resorption kan restaurering påbegyndes.  ** Procenterne er beregnet ud fra luxationer med og uden samtidig kronefraktur.  *** Restaureringer vil altid være forbundet med en betydelig øget risiko for helingskomplikationer.  For mere detaljeret information se: <a href="http://www.dentaltraumaguide.org">www.dentaltraumaguide.org</a> (Illustrationer fra JO Andreasen 2003)</p>														