

Ansøgning om støtte til tandbehandling
Sundhedsloven § 166 (skemaet udfyldes med kuglepen)

Ansøger		
Navn:	Cpr.nr.:	
Folkeregisteradresse:	Postnr.	By:
Telefonnr.:	Mobiltelefon nr.:	
Nuværende tandlæge		
Kliniknavn:	Tandlæge:	
Klinikadresse:	Postnr.:	By:
Telefonnr.:	Cvr. nr.:	

Afkryds <i>kun</i> i de relevante felter til venstre og udfyld de rubrikker, der er aktuelle i forhold til denne ansøgning		
<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):		
Jeg har fået mund/tænder undersøgt på hospitalet <i>før</i> strålebehandlingen.		Afkryds én Ja <input type="radio"/> eller 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):		
Jeg har fået mund/tænder undersøgt på hospitalet <i>før</i> kræftbehandlingen.		Afkryds én Ja <input type="radio"/> eller 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):		
Jeg har fået mund/tænder undersøgt på hospitalet <i>før</i> kræftbehandlingen		Afkryds én Ja <input type="radio"/> eller Nej <input type="radio"/>

Ansøgning om støtte til tandbehandling
Sundhedsloven § 166 (skemaet udfyldes med kuglepen)

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	<u>Sjøgrens Syndrom</u> har givet tandproblemer, der kan relateres hertil
--------------------------	----------------------	--

Ansøgningen skal være vedlagt en udtalelse fra speciallæge i reumatologi som bekræfter diagnosen Sjøgrens Syndrom.	Diagnose dato:
--	-----------------------

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

Kræftdiagnose:	Behandling modtaget i (årstal):
----------------	---------------------------------

Kræftbehandlingen er modtaget på (hospital og afdeling):
--

Jeg har fået mund/tænder undersøgt på hospitalet før kræftbehandling	Afkryds én Ja <input type="radio"/> eller <input checked="" type="radio"/> Nej <input type="radio"/>
--	--

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

Sygdomsdiagnose:	Behandling modtaget i (årstal):
------------------	---------------------------------

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

Jeg har fået mund/tænder undersøgt på hospitalet før der blev givet radioaktiv jod	Afkryds én Ja <input type="radio"/> eller <input checked="" type="radio"/> Nej <input type="radio"/>
--	--

<input type="checkbox"/>	stk. 2	<u>Sjælden medfødt sygdom</u> 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 (skemaet udfyldes med kuglepen)

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

**Ansøgning om støtte til tandbehandling
Sundhedsloven § 166 (skemaet udfyldes med kuglepen)**

Samtykkeerklæring Skal underskrives af ansøger (patient)	
Jeg giver herved mit samtykke til, at den sagsbehandlende instans i min bopælsregion, må indhente nedennævnte oplysninger. Der må kun indhentes oplysninger, der har relevans for denne ansøgning. Oplysningerne må kun anvendes i forbindelse med min ansøgning om tilskud til tandbehandling iht. sundhedslovens §166.	
Afkryds	Patientens praktiserende tandlæge indhenter og medsender nedenstående dokumentation:
	Supplerende tandlægefaglige informationer og materiale fra min tandlæge.
	Kopi af notat fra Tand-, Mund- og Kæbekirurgisk Afdeling vedr. tandundersøgelse og behandling samt evt. røntgenbilleder.
	Medicinoplysninger fra min elektroniske patientjournal (FMK).
	Oplysninger fra min elektroniske patientjournal vedr. sygdom/behandling, der ligger til grund for min ansøgning.
	Udtalelse fra behandlende sygehusafdeling.
	At regionen må informere min tandlæge om afgørelse på denne og fremtidige §166 ansøgninger.
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.	
<u>Dato:</u>	
<u>Underskrift:</u>	
Dato og underskrift (Underskrift er kun nødvendig ved postfremsendelse af ansøgning. Fremsendelse via digital post fra patienten betragtes som samtykke til ovenstående).	

Tilbagetrækning af samtykke
Ovenstående materiale er nødvendig for at kunne foretage sagsbehandling af din ansøgning. Dit samtykke kan til en hver tid trækkes tilbage. Dette kan du gøre ved at ringe eller maile til den instans, der behandler din ansøgning, Det vil dog betyde, at du selv skal fremskaffe og fremsende det nævnte materiale.

**Ansøgning om støtte til tandbehandling
Sundhedsloven § 166 (skemaet udfyldes med kuglepen)**

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 6700 E-Mail: tilskudtand@rm.dk EDI (søg os under Speciale: Hospitaler) Hjemmeside: Specialtandpleje.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 Den Regionale Tandpleje Nørregade 63 6700 Esbjerg	Telefon: 9944 0852 Telefon: 9944 0853 Se hjemmesiden for yderligere information
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	