

# Ansøgning om tilskud til tandbehandling

Sundhedslovens § 166

Ansøger			
Navn:	Cpr. nr.:		
Folkeregisteradresse:	Post nr.:	By:	
Telefonnr.:	Mobiltelefonnr.:		
Medlem af Sygeforsikringen danmark:	JA:	Nej:	Gr.:

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		
<input type="checkbox"/>	<b>166.1</b>	<b>Jeg har fået strålebehandling i <u>hoved-halsområdet</u> i forbindelse med kræftsygdom.</b>
Kræftdiagnose:		Behandling modtaget i (årstal):
Kræftbehandlingen er modtaget på (hospital og afdeling):		
Jeg har fået mund/tænder undersøgt på hospitalet før kræftbehandlingen?	JA	Nej

<input type="checkbox"/>	<b>166.1</b>	<b>Jeg har fået kemobehandling i forbindelse med kræftsygdom.</b>
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

# Ansøgning om tilskud til tandbehandling

Sundhedslovens § 166

Navn:	Cpr. nr.:
<b>Afkryds</b>	
<b>166.2</b>	<b>Jeg har tandproblemer, der kan relateres til Sjøgrens syndrom.</b>
	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.

<b>Afkryds</b>	
<b>166.3</b>	<b>Jeg har tandproblemer, der kan relateres til en sjælden medfødt sygdom.</b>
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)

<b>Afkryds</b>	
	Udtalelse fra praktiserende tandlæge om, hvorvidt ansøgeres tandbehandlingsbehov har sammenhæng med sygdom og behandling. Om ansøger er mundtør eller evt. andet relevant for ansøgningen.
	Farvekopi af <b>ALT</b> 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.
	<b>ALLE</b> 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.

## Medicin

Jeg får medicin	JA	NEJ
Skriv hvilken medicin du får (ved mere end 4 præparater medsend liste):		
Præparatnavn	1.	2.
Præparatnavn	3.	4.
	Medicinliste medsendt	

# Ansøgning om tilskud til tandbehandling

Sundhedslovens § 166

Navn:

Cpr.nr.:

## Samtykkeerklæring Skal underskrives af ansøger (patient)

Jeg giver herved mit samtykke til, at den sagsbehandlende instans i min bopælsregion (se side 4), 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.

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. den 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.

**Dato**

Fremsendelse via ansøgerens (patientens) E-boks betragtes som samtykke. Underskrift af ansøgningen er kun påkrævet ved postfremsendelse eller, ved elektronisk fremsendelse via ansøgerens tandlæge.

\_\_\_\_\_  
Underskrift (ansøger)

## 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 (se side 4). Det vil dog betyde, at du selv skal fremskaffe og fremsende det nævnte materiale.

## Læs mere om samtykke

Du kan læse mere om samtykke på datatilsynets hjemmeside:

[www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk)

Direkte link til vejledning vedr. samtykke er:

<https://www.datatilsynet.dk/media/6562/samtykke.pdf>

# Ansøgning om tilskud til tandbehandling

Sundhedslovens § 166

**Anøgning 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](mailto:tilskud.rigshospitalet@regionh.dk)  
*Vedr. Sjælden medfødt sygdom:*  
Telefon: 3545 5836  
E-mail: [ovic.rigshospitalet@regionh.dk](mailto:ovic.rigshospitalet@regionh.dk)

**Region Midtjylland**

Regionshospitalet Viborg  
Afd. for Regional Specialtandpleje  
Søndersøparken 14  
8800 Viborg

Telefon: 7844 6702  
E-Mail: [tilskudtand@rm.dk](mailto: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](mailto: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](http://rsyd.dk/tandpleje)

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