

## 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		
<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 <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>

<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/tænder undersøgt på hospitalet før kræftbehandlingen?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>

<input type="checkbox"/>	<b>166.2</b>	<b>Jeg har tandproblemer, der kan relateres til Sjögrens 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 <u>samt</u> datoen for den endelige diagnosticering.		

<input type="checkbox"/>	<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.		

**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 <b>ALT</b> 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"/>	<b>ALLE</b> 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](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  
Næstved Sygehus  
Ringstedgade 61, indgang 33  
4700 Næstved

Telefon: 5855 8134

E-mail: [rstand@regionsjaelland.dk](mailto:rstand@regionsjaelland.dk)

**Region Syddanmark**

Den Særlige Tilskudsordning  
Damhaven 12  
7100 Vejle

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](#).