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

|  |  |
| --- | --- |
| **Afkryds *kun* i de relevante felter til venstre og udfyld de rubrikker, der er aktuelle i forhold til denne ansøgning** | |
| **Afkryds**  **Afkryds** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **stk. 1, nr. 1** | **Kræftsygdom i hoved-/halsområdet, hvor jeg fik strålebehandling** | |
| Kræftdiagnose: | | | Behandling modtaget i (årstal): |
| Kræftbehandlingen er modtaget på (hospital og afdeling): | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Afkryds én** | | | | |
| Mund/tænder undersøgt på hospitalet *før* strålebehandlingen | Ja |  | *eller* | Nej |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **stk. 1, nr. 2** | **Blodkræft, hvor jeg fik helkropsbestråling forud for allogen knoglemarvstransplantation** | |
| Kræftdiagnose: | | | Behandling modtaget i (årstal): |
| Kræftbehandlingen er modtaget på (hospital og afdeling): | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mund/tænder undersøgt på hospitalet *før* | **Afkryds én** | | | | |
| kræftbehandlingen | Ja |  | *eller* | Nej |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **stk. 1, nr. 3** | **Graft versus host-sygdom (GvHD), kronisk, er udviklet efter**  **knoglemarvstransplantation** | |
| Graft versus host-sygdom (GvHD) diagnose | | | Behandling modtaget i (årstal): |
| Behandlingen er modtaget på (hospital og afdeling): | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mund/tænder undersøgt på hospitalet før behandlingen | **Afkryds én** | | | | |
|  | Ja |  | *eller* | Nej |  |

Gældende fra 1. juli 2025 side 1 af 5

|  |  |
| --- | --- |
| **Navn**: | **Cpr.nr**.: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Afkryds *kun* i de relevante felter til venstre og udfyld de rubrikker, der er aktuelle i forhold til denne ansøgning** | |
| **Afkryds**  **Afkryds** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **stk. 1, nr. 4** | | **Sjögrens syndrom har givet tandproblemer, der kan relateres hertil** | |
| En speciallæge i reumatologi har stillet diagnosen Sjögrens Syndrom **efter**  **fagligt anerkendte kriterier.** Udtalelsen skal indeholde testresultaterne  fra de undersøgelser, der ligger til grund for diagnosticeringen. | | | | | Diagnose **dato**: |
| Vedhæftes ansøgningen (**sæt kryds**): | | | | |  |
|  | | Udtalelse fra speciallæge i reumatologi der bekræfter, at diagnosen er stillet iht. anerkendte  Kriterier, testresultaterne fra undersøgelserne, der foreligger samt datoen for den endelige  diagnosticering skal tydeligt fremgå  skal fremgå tydeligt. | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **stk. 1, nr. 5** | **Kemoterapi, immunterapi eller hormon- og antihormonbehandling pga. kræftsygdom** | |
| Kræftdiagnose: | | | Behandling modtaget i (årstal): |
| Kræftbehandlingen er modtaget på (hospital og afdeling): | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Afkryds én** | | | | |
| Mund/tænder undersøgt på hospitalet *før* kræftbehandlingen | Ja |  | *eller* | Nej |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **stk. 1, nr. 6** | **Sygdom i skjoldbruskkirtlen er behandlet med radioaktivt jod** | |
| Sygdomsdiagnose: | | | Behandling modtaget i (årstal): |
| Behandlingen er modtaget på (hospital og afdeling): | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mund/tænder undersøgt på hospitalet før der blev givet | **Afkryds én** | | | | |
| radioaktivt jod mod sygdommen | Ja |  | *eller* | Nej |  |

Gældende fra 1. juli 2025 side 2 af 5

|  |  |
| --- | --- |
| **Navn**: | **Cpr.nr**.: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Afkryds *kun* i de relevante felter til venstre og udfyld de rubrikker, der er aktuelle i forhold til denne ansøgning** | |
| **Afkryds**  **Afkryds** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **stk. 1, nr. 7** | **Antidepressiva, tricykliske (TCA) i aktuel og fast behandling mindst 6 måneder** | |
| Sygdomsdiagnose: | | | Behandling modtaget (årstal): |
| Behandlende hospital og afdeling eller praktiserende læge (navn, adresse, postnr., by) | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **stk. 1, nr. 8** | **Svær psykisk lidelse og i aktuel og fast behandling med psykofarmaka i mindst 6 måneder** | |
| Behandlingsansvarlig læge kan vurdere, om patienten har en  svær psykisk lidelse | | | Dato for vurdering: |
| Vedhæftes ansøgningen (**sæt kryds**): | | | |
|  | Udtalelse fra behandlingsansvarlige læge der vurderer, at patienten aktuelt har en svær  psykisk lidelse og er i fast behandling med psykofarmaka | | |
| Behandling er modtaget på (hospital og afdeling) eller praktiserende læge (navn, adresse, postnr., by) | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **stk. 1, nr. 9** | **Refluks efter hel eller delvis fjernelse af lukkemusklen i mavesækken** | |
| Sygdomsdiagnose: | | | Behandling modtaget i (årstal): |
| Behandlingen er modtaget på (hospital og afdeling): | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **stk. 2** | **Sjælden medfødt sygdom har givet tandproblemer, der kan relateres hertil** |
| Diagnose: | | |
|  | Ved medfødte generelle sjældne sygdomme skal der være vedlagt udtalelse fra hospitalsafdeling/speciallæge, der bekræfter diagnosen. | |

Gældende fra 1. juli 2025 side 3 af 5

|  |  |
| --- | --- |
| **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 om du kan visiteres ind i ordningen om økonomisk tilskud til tandbehandling. Tilskudsordningen indhenter selv hospitalsjournalen fra det hospital, hvor du er blevet behandlet og kontrolleret efterfølgende.** | |
| **Afkryds** | **Patientens praktiserende tandlæge indhenter og medsender nedenstående dokumentation:** |
|  | Udtalelse fra praktiserende tandlæge om, hvorvidt ansøgers tandbehandlingsbehov menes omfattet ordningen til forebyggende og behandlende tandpleje.  Ved særligt kostbare behandlinger beskrives sammenhængen med sygdom, behandling eller operation.  Herudover 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/operation foretaget  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/operation udført |
|  | Pris- og behandlingsoverslag ved aktuelt behandlingsbehov |
|  | Individuel forebyggelsesplan |
|  | Aktuel medicin (vedlæg gerne medicinliste) |

Gældende fra 1. juli 2025 side 4 af 5

|  |  |
| --- | --- |
| **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.  Dato:  Underskrift:  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. |

Gældende fra 1. juli 2025 side 5 af 5

|  |  |
| --- | --- |
| Ansøgning skal fremsendes via digital post eller postforsendelse  til visitator i patientens bopælsregion | |
| **Region Hovedstaden**  Rigshospitalet Afsnit 5811 Blegdamsvej 9  2100 København Ø | *Patientgrupper § 166, stk. 1, nr. 1-9*  Telefon: 3545 5811  E-mail: [tilskud.rigshospitalet@regionh.dk](mailto:tilskud.rigshospitalet@regionh.dk)  *Sjælden medfødt sygdom § 166, stk. 2*  Telefon: 3545 5836  E-mail: [ovic.rigshospitalet@regionh.dk](https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/hovedorto/tand-mund-kaebekirurgisk-klinik/nedarvninger/Sider/nedarvning-kontakt-ovic.aspx)    Hjemmeside: [Tilskudsordningen § 166](https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/hovedorto/afdeling-for-kaebekirurgi/enheder-i-afdelingen/tilskudsordningen/Sider/default.aspx) |
| **Region Midtjylland** Regionshospitalet Viborg Afd. for Regional Specialtandpleje Søndersøparken 14 8800 Viborg | Telefon: 7844 6700 E-Mail: [tilskudtand@rm.dk](mailto:tilskudtand@rm.dk) |
| **Region Nordjylland** Praksisafregningen  Niels Bohrs Vej 30 9220 Aalborg Ø | Telefon: 9764 8000  [Se hjemmesiden for yderligere information](https://regionsyddanmark.dk/patienter-og-parorende/praktiserende-laeger-og-andre-behandlere/tandlaegehjaelp/den-saerlige-tilskudsordning) |
| **Region Sjælland** Tandplejen  Næstved Sygehus  Ringstedgade 61, indgang 33  4700 Næstved | Telefon: 5852 4988 E-Mail: [rstand@regionsjaelland.dk](mailto:rstand@regionsjaelland.dk) |
| **Region Syddanmark** Praksisafregningen Damhaven 12 7100 Vejle | Telefon: 9944 0852 Mail til tandlæger: [tilskudsordning@rsyd.dk](mailto:tilskudsordning@rsyd.dk)  Se [hjemmesiden](https://regionsyddanmark.dk/patienter-og-parorende/praktiserende-laeger-og-andre-behandlere/tandlaegehjaelp) for yderligere information |
| Læs om tilskudsmulighederne på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](https://www.sst.dk/da/)  vælg [Tandsundhed og tandpleje](https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sundhedsvaesenets-rammer-og-uddannelser/Tandsundhed-og-tandpleje/Tilskud-til-tandbehandling-ved-kraeft-Sjoegrens-syndrom-og-sjaeldne-sygdomme) og find de specifikke sygdomsgrupper  [Udvidelse af ordning om tilskud til tandpleje for udvalgte patientgrupper](https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2025/504) LOV nr. 504 af 20. maj 2025 | |