

Käk- och tandskadeintyg

Sida 1(2)

Handläggare	Ärendenummer
-------------	--------------

Den skadade

Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer	
Adress	Postnummer och ort	
Telefon	Mejladress	Tidpunkt för olycksfallet eller sjukdomsdebuten

Skadans typ och omfattning

Status innan skadan

Tand	Skada	Rotfyllning/amp	Fyllningstyp/ytor	Kariöst angripen	Tanden felfri

Paradontal Status	<input type="checkbox"/> Inga eller ringa förändring	<input type="checkbox"/> Måttlig	<input type="checkbox"/> Kraftig
Tandvårdsstatus	<input type="checkbox"/> God tand- och munvård	<input type="checkbox"/> Mindre god	<input type="checkbox"/> Dålig

Behandlingsförslag

Tand (stryk saknade)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Röntgen																																
Extraktion																																
Rotbehandling																																
Fyllnadsterapi																																
Kronterapi																																
Broterapi																																
Prostaterapi																																
Implantat																																

Övrigt text typ av fyllning, krona

Framtida behandling

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vilken
--	--------

Akutbehandling

Har behandlingen betalats av patient?	Kostnad för akutbehandling
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Kompletterande uppgifter

--

Bifogade handlingar

	Komplett ifyllt käk- och tandskadeintyg
	Kompleta journalhandlingar, även för tiden före skadan.
	Specificerat kostnadsförslag med tandvårdsstöd avdraget från patientavgiften.
	Daterade röntgenbilder

Om något ovan saknas vänligen ange orsak nedan:

Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande
---------------	--------------	-------------------

Adress till Tandläkare	Telefonnummer tandläkare
------------------------	--------------------------

Önskas arvode för intyg, var vänlig och skicka separat faktura med ärendenummer som referens till:

If
P100
106 80 Stockholm