

Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning

Skadeanmeldelse – tandlægens del

Udfyldes af Tandskadeerstatningen:	
TF-nr.	
Police nr. 670-8.037.842	<input type="radio"/> Privatpraktiserende tandlæge
Police nr. 670-8.037.850	<input type="radio"/> Regionstandpleje
Region nr.	Regionsnavn:
Police nr. 670-8.037.849	<input type="radio"/> Kommunal tandpleje
Kommune nr.	Komm. navn:
Police nr. 670-8.037.851	<input type="radio"/> Færøerne/Grønland
Police nr. 670-8.037.848	<input type="radio"/> Tandlægeskolerne <input type="radio"/> Aarhus <input type="radio"/> Kbh.
Police nr. 670-8.038.027	<input type="radio"/> Værnepligtige
Police nr. 670-8.038.028	<input type="radio"/> Kriminalforsorgen
Police nr. 670-8.037.928	<input type="radio"/> Øvrige

Udfyldes af Tandskadeerstatningen:
Røntgen m.v.

Anmeldelse fremsendes straks efter kendskab til en skade, der kan være erstatningsberettiget, eller hvis der rejses et erstatningskrav fra patienten.

Lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet giver i visse tilfælde ret til erstatning for skader opstået ved undersøgelse og behandling – eller mangel på samme – ved bl.a.

- Autoriserede privatpraktiserende tandlæger
- Autoriserede sundhedspersoner i regionstandplejen
- Autoriserede sundhedspersoner i børne- og ungdomstandplejen
- Universiteternes tandlægeskoler

Desuden giver anordning om ikrafttræden for Færøerne pr. 01-01-2012 tilsvarende mulighed for erstatning.

Behandling af disse skader er henlagt til Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning.

For regionstandplejen, børne- og ungdomstandplejen og tandlægeskolerne ydes der alene erstatning, hvis erstatningen overstiger kr. 10.000. For praktiserende tandlæger er minimumsgrænsen kr. 1.000.

Alle skader skal anmeldes inden 3 år efter kendskab til skaden.
Som udgangspunkt gælder en absolut forældelse på 10 år, fra skaden er sket.

Anmeldelsen skal udfyldes af den driftsansvarlige tandlæge (indehaver af det ydernummer, som behandlingen er foretaget under). Hvis der er flere driftsansvarlige på klinikken skal det tydeligt fremgå.

Anmeldesskemaet skal sendes til: **Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning
Amaliegade 17, 2.
1256 København K**

Anmeldelsen vil blive registreret. Herefter bliver sagen sendt til forsikringsselskabet, der foretager sagsbehandlingen og træffer afgørelse i sagen.

Anmeldesskemaet bedes dateret, udfyldt med læselig skrift og underskrevet inden fremsendelse.
Du kan finde yderligere oplysninger på Tandlægeforeningens Tandskadeerstatnings hjemmeside www.tf-tandskade.dk.

VIGTIGT! Alle de for sagen relevante dokumenter, herunder særligt journaloplysninger (uredigerede) samt røntgenbilleder før og efter skadedatoen og alt skriftligt materiale vedrørende en evt. klagesag bedes venligst vedlagt. Efterfølgende ken- delser fra regionstandlægenævns mv. skal fremsendes til forsikringsselskabet straks efter afsigelsen.

VIGTIGT! Journalen skal være umiddelbar læselig og forståelig for tandlæger. Er dette ikke tilfældet, skal der vedlægges en maskinskrevet journal kopi markeret "redigeret" sammen med den originale journal.

VIGTIGT! Alle røntgenbilleder, også digitale, skal være forsynet med patientdata og optagelsesdato. Digitale røntgenbilleder (ikke print) skal altid fremsendes, så de kan aflæses digitalt (cd-rom, usb-stik eller pr. mail). Materiale som sendes pr. mail, skal være påført klinikens kontaktoplysninger.

Tandlægens anmeldelse til Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning

Udfyldes af den tandlæge, der har forårsaget skaden.

Hvis behandlende tandlæge er ansat, udfyldes skemaet af ansvarlig kliniker/driftsansvarlig

Behandlende tandlæge	Navn:		CVR-nr.:	
	Klinik/virksomhedsnavn:		Tlf.:	
	Adresse:		Tlf.:	
	Postnr. og By:		Land:	
	E-mail:			
Skadelidte	Navn:		Cpr. nr.:	
	Adresse:		Postnr. / by:	
Hvor er skaden sket? (skal afkrydses og udfyldes)	<input type="checkbox"/> Privatpraksis Oplys ydernr.: Region: Regionsnr.:			
	<i>Behandlende tandlæges stilling på skadetidspunktet:</i>			
	<input type="checkbox"/> Kliniker <input type="checkbox"/> Påbegyndt den: Hvis ophørt - oplys privatadresse:			
	<input type="checkbox"/> Stadig praktiserende			
	<input type="checkbox"/> Evt. ophørt den: Postnr. og by:			
	<input type="checkbox"/> Land:			
<input type="checkbox"/> Ansat tandlæge – oplys klinikers/driftsansvarligs navn på skadetidspunktet:				
<input type="checkbox"/> Andet – stilling og klinikers/driftsansvarligs navn på skadetidspunktet skal oplyses:				
<input type="checkbox"/> Kommunal tandpleje Oplys: Kommunens navn: Kommunensnr.:				
<input type="checkbox"/> Regionstændpleje Oplys: Region: Regionsnr.:				
<input type="checkbox"/> Tandlægeskole Oplys: <input type="checkbox"/> Aarhus <input type="checkbox"/> København				
<input type="checkbox"/> Værnepligtig i det militære forsvar eller beredningsskabet <input type="checkbox"/> Indsat i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse				
Hvori består skaden?	Diagnose:			
Hvordan skete skaden?	I forbindelse med hvilken behandling skete skaden?			
	Hvornår skete skaden?		Hvornår blev skaden konstateret?	
	Beskrivelse af forløbet samt behandlingsplan:			
Klagesag	Er der rejst klagesag i Styrelsen for Patientklager? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ved ikke			
Vigtigt	Husk at vedlægge uredigeret journal, daterede røntgenbilleder og specificeret behandlingsoverslag. Digitale røntgenbilleder skal fremsendes og kunne aflæses digitalt. Materiale som sendes pr. mail, skal være påført klinikkens kontaktoplysninger.			
Kliniker/ driftsansvarlig på skadetidspunktet	Ved nedenstående underskrift bekræftes ovenstående oplysningers rigtighed. Jeg erklærer mig i øvrigt indforstået med, at Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning videregiver oplysninger til implicerede myndigheder, behandlere og deres forsikringselskaber eller andre med en retlig interesse.			
	Dato	Klinikers/driftsansvarligs underskrift og stempel		