

Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning

Skadeanmeldelse – patientens 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.

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

Behandling af disse skader er henlagt til Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning.

Det er en betingelse, at der skal være sket en skade i forbindelse med undersøgelse og behandling. Mener du alene, der er tale om mangel fuldt arbejde, der kan laves om, skal kravet i stedet rettes mod den tandlæge, der har udført arbejdet.

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.

Vi gør opmærksom på, at udgifter til behandlinger som udgangspunkt kun dækkes efter godkendt behandlingsforslag.

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

Anmeldesskemaet skal sendes til: **Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning**
Svanemøllevej 85
2900 Hellerup

Anmeldelsen vil blive registreret og anmeldelse fra skadevoldende tandlæge indhentet. Herefter bliver sagen sendt til forsikrings-selskabet, der foretager sagsbehandlingen og træffer afgørelse i sagen.

Anmeldesskemaet bedes udfyldt med læselig skrift, dateret og underskrevet inden fremsendelse.

Skemaet kan også downloades og printes fra Tandlægeforeningens Tandskadeerstatnings hjemmeside www.tf-tandskade.dk, eller det kan udfyldes digitalt og underskrives med NemID.

Vær opmærksom på, at advokatudgifter normalt ikke dækkes, da forsikrings-selskabet er forpligtet til at oplyse sagen fuldt ud, før afgørelse træffes.

Patientens anmeldelse til Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning

Udfyldes af patienten

Skadelidte Hvis skadelidte er umyndig, skal værgens navn og adresse også oplyses	Navn:	Cpr. nr.:	
	Adresse:	Tlf.:	
	Postnr. og By:	E-mail:	
	Evt. værges navn og adresse		
Hvori består skaden?	Beskrivelse af skaden:		
	I forbindelse med hvilken behandling skete skaden?		
	Hvornår skete skaden?	Hvornår blev skaden konstateret?	Hvad var prisen for denne behandling?
	Dato: / 20	Dato: / 20	
Beskrivelse af forløbet:			
Hvem udførte den skadevoldende behandling?	Tandlægens navn:		
	Klinikadresse:		
	Postnr. og By:	Evt. tlf. nr.:	
Hvad søger du erstatning for?	Beskrivelse:		
	Har du haft indkomstab som følge af skaden?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja - hvor meget? [dok. vedlægges!]
	Er der varige mén?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja - hvilke mén? [dok. vedlægges!]
	Har du været syg som følge af skaden?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja - angiv antal dage [dok. vedlægges!]
	Øvrige udgifter, fx transport/medicin?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja - hvor meget? [dok. vedlægges!]
Medlem af Sygeforsikringen Danmark?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Klagesag	Er der rejst klagesag i Styrelsen for Patientklager? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Evt. erstatnings-udbetaling	Kontohaverens navn:	Reg. nr.:	Kontonr.:
Ny tandlæge	Har du skiftet tandlæge? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Navn på ny tandlæge:
	Skal en anden tandlæge end skadevolder udføre skadeudbedringen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Klinikadresse:
			Tlf. nr.:

