

Tandlægeforeningens Patientforsikring

Skadeanmeldelse – patientens del

Udfyldes af forsikringen:	
Police nr. 663 043 0249	<input type="checkbox"/> Privatpraktiserende tandlæge
Police nr. 663 285 3066	<input type="checkbox"/> Regionsstandpleje
Police nr. 663 285 3058	<input type="checkbox"/> Kommunal tandpleje
Police nr. 663 285 3041	<input type="checkbox"/> Færøerne/Grønland
Police nr. 663 286 4823	<input type="checkbox"/> Tandlægeskolerne
Regionsnavn	Regionsnr.
TF nr.	
Røntgen mv.	

Patientforsikringsloven og 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

Det er et krav, at der skal være sket en skade i forbindelse med undersøgelse og behandling. Mener du alene, der er tale om mangelfuldt arbejde, der kan laves om, skal kravet 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 behandlingsforslag, der er godkendt af Codan Forsikring.

Alle skader skal anmeldes inden 3 år efter kendskab til skaden. For skader indtrådt før den 1. januar 2007, er forældelsesfristen dog 5 år efter kendskab. Som udgangspunkt gælder en absolut forældelse på 10 år, fra skaden er sket – dog er der en overgangsordning frem til 1. januar 2011, hvor der kan være en længere frist.

Behandling af disse skader er henlagt til Tandlægeforeningens Patientforsikring.

Anmeldesskemaet skal sendes til

Tandlægeforeningens Patientforsikring
Svanemøllevej 85
2900 Hellerup

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

Anmeldesskemaet bedes udfyldt med læselig skrift, dateret og underskrevet inden fremsendelse. Skal skaden udbedres af en anden tandlæge end skadevolder, kan medsendte bilag udfyldes af denne.

Skemaet kan også findes, downloades, udfyldes og printes fra Tandlægeforeningens Patientforsikrings hjemmeside www.tf-patientskade.dk

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

Patientens anmeldelse til Tandlægeforeningens Patientforsikring

(udfyldes af patienten)

Skadelidte <i>(skal udfyldes)</i> Hvis skadelidte er under 18 år, skal værgens navn også oplyses	Navn:	Cpr.nr.:	
	Adresse:	Tlf.:	
	Postnr. og By:	Mobil:	
		E-mail:	
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? <i>(skal udfyldes)</i>	Tandlægens navn:		
	Klinikadresse:		
	Postnr. og By:	Evt. tlf. nr.:	
Hvad søger du erstatning for?	Beskrivelse:		
	Har du haft indkomsttab som følge af skaden? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - hvor meget? (dokumentation vedlægges!)		
	Er der varige mén? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - hvilke mén?		
	Har du været syg som følge af skaden? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - angiv antal dage		
	Øvrige udgifter, fx transport/medicin? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - hvor meget? (dokumentation vedlægges!)		
Medlem af Sygeforsikringen Danmark? <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:
	"Bilag til patientens anmeldelse" kan evt. udfyldes af tandlægen – se bagsiden		
	Ønsker du, at denne tandlæge modtager kopi af afgørelsen fra Codan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Tlf. nr.:

Underskrift (skal udfyldes)	<p>Idet jeg bekræfter ovenstående oplysningers rigtighed, giver jeg hermed Tandlægeforeningens Patientforsikring og Codan Forsikring fuldmagt til at indhente oplysninger fra sygehuse, læger, tandlæger, offentlige myndigheder og forsikringselskaber m.v., der måtte være nødvendige til sagens oplysninger.</p> <p>Jeg erklærer mig i øvrigt indforstået med, at Tandlægeforeningens Patientforsikring videregiver sådanne oplysninger til implicerede myndigheder, behandlere og deres forsikringselskaber eller andre med en retlig interesse.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Dato og patientens underskrift</p>
--	---

Hvis du ønsker en anden skal varetage dine interesser, vil denne modtage al korrespondance i sagen, herunder afgørelsen m.v. fra Codan Forsikring	
Eventuel fuldmagt	<p>Jeg giver hermed nedenstående person fuldmagt til på mine vegne at modtage og forestå al korrespondance i forbindelse med behandling af min skade.</p> <p>Navn: _____</p> <p>Stilling: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Postnr. og by: _____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Dato og patientens underskrift</p>

Bilag til patientens anmeldelse til Tandlægeforeningens Patientforsikring

(kan udfyldes af patientens tandlæge)

Ny tandlæge	Navn:	Ydernr.:
		CVR nr.:
	Klinikadresse:	
	Post nr. og By	Tlf.:
E-mail adresse:		
Skadelidte	Navn:	Cpr.nr.:
Hvori består skaden?	Diagnose:	
	Hvornår skete skaden?	Hvornår blev skaden konstateret?
Dato: / 20	Dato: / 20	
Hvilken tandlægebehandling er nødvendig som følge af skaden?		
	Behandlingsplan med specificerede udgifter skal vedlægges. NB! Erstatning af behandlingsudgifter, der ikke er akut påkrævet, skal forhåndsgodkendes af forsikringen.	
	Ved min underskrift bekræfter jeg ovenstående oplysningers rigtighed.	

Dato og tandlægens underskrift		

Alle skader skal anmeldes inden 3 år efter kendskab til skaden. For skader indtrådt før den 1. januar 2007, er forældelsesfristen dog 5 år efter kendskab. Som udgangspunkt gælder en absolut forældelse på 10 år, fra skaden er sket – dog er der en overgangsordning frem til 1. januar 2011, hvor der kan være en længere frist.

NB! Husk at vedlægge daterede røntgenbilleder og LET LÆSELIG, om nødvendigt renskrevet journal