

# Tandlægeforeningens Patientforsikring

## Skadeanmeldelse – tandlægens 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.	

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

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

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. 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. 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. Skemaet kan også findes, downloades, udfyldes og printes fra Tandlægeforeningens Patientforsikrings hjemmeside [www.tf-patientskade.dk](http://www.tf-patientskade.dk)

**VIGTIGT!** Alle de for sagen relevante dokumenter, herunder særligt journaloplysninger samt røntgenbilleder før og efter skadedatoen og alt skriftligt materiale vedrørende en evt. klagesag bedes venligst vedlagt. Efterfølgende kendelser fra regionstandlægenævn mv. skal fremsendes 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 "oversat" sammen med den originale journal.

**VIGTIGT!** Alle røntgenbilleder skal være forsynet med patientdata, dato og navnet på den tandlæge, de kommer fra.

# Tandlægens anmeldelse til Tandlægeforeningens Patientforsikring

(udfyldes af den tandlæge, der har forårsaget skaden eller ansvarlig kliniker, hvis skadevolder er ansat)

Skadevoldende tandlæge	Navn:	Ydernr.:	CVR nr.	
	Klinikadresse:			
	Postnr. og By:	Tlf.:		
Skadelidte	Navn:	Cpr.nr.:		
	Er skaden sket i (skal afkrydses og udfyldes):			
	<input type="checkbox"/> Privatpraksis	Oplys: Ydernr.:	Region:	Regionsnr.:
	<input type="checkbox"/> Kommunal tandpleje	Oplys: Kommunens navn:		Kommunenr.:
	<input type="checkbox"/> Regionstandpleje	Oplys: Region:		Regionsnr.:
	<input type="checkbox"/> Tandlægeskole	Oplys: <input type="checkbox"/> Århus <input type="checkbox"/> København		
	For privatpraktiserende tandlæger afkrydses og udfyldes nedenstående:			
	<input type="checkbox"/> Kliniker	<input type="checkbox"/> Stådig praktiserende	<input type="checkbox"/> Ophørt – hvornår?	
Oplys privatadresse:				
<input type="checkbox"/> Ansat tandlæge – klinikers navn på skadetidspunktet skal oplyses				
<input type="checkbox"/> Andet – stilling og klinikers navn på skadetidspunktet skal oplyses				
Hvori består skaden	Diagnose:			
	I forbindelse med hvilken behandling skete skaden?			
	Pris for behandling			
	Hvornår skete skaden?		Hvornår blev skaden konstateret?	
	Dato:        /        20		Dato:        /        20	
	Beskrivelse af forløbet:			
<b>Vigtigt! Husk at vedlægge daterede røntgenbilleder og LET LÆSELIG, om nødvendigt renskrevet journal</b>				
Underskrift	Ved min underskrift bekræfter jeg ovenstående oplysningers rigtighed			
	_____			
	Dato og underskrift			