

Ansøgning om støtte til tandbehandling

Sundhedsloven § 166

Ansøger		
Navn:	Cpr.nr.:	
Folkeregisteradresse:	Postnr.	By:
Telefonnr.:	Mobiltelefon nr.:	
Nuværende tandlæge		
Kliniknavn:	Tandlæge:	
Klinikadresse:	Postnr.:	By:
Telefonnr.:	Cvr. nr.:	

Afkryds <i>kun</i> i de relevante felter til venstre og udfyld de rubrikker, der er aktuelle i forhold til denne ansøgning	
Afkryds	

☐	stk. 1, nr. 1	Kræftsygdom i <u>hoved-/halsområdet</u>, hvor jeg fik strålebehandling
Kræftdiagnose:		Behandling modtaget i (årstal):
Kræftbehandlingen er modtaget på (hospital og afdeling):		
Mund/tænder undersøgt på hospitalet <i>før</i> strålebehandlingen		Afkryds én Ja ☐ eller Nej ☐

☐	stk. 1, nr. 2	Blodkræft, hvor jeg fik <u>helkropsbestråling</u> forud for allogen knoglemarvstransplantation
Kræftdiagnose:		Behandling modtaget i (årstal):
Kræftbehandlingen er modtaget på (hospital og afdeling):		
Mund/tænder undersøgt på hospitalet <i>før</i> kræftbehandlingen		Afkryds én Ja ☐ eller Nej ☐

☐	stk. 1, nr. 3	Graft versus host-sygdom (GvHD), <u>kronisk</u>, er udviklet efter knoglemarvstransplantation
Graft versus host-sygdom (GvHD) diagnose		Behandling modtaget i (årstal):
Behandlingen er modtaget på (hospital og afdeling):		
Mund/tænder undersøgt på hospitalet <i>før</i> behandlingen		Afkryds én Ja ☐ eller Nej ☐

Ansøgning om støtte til tandbehandling

Sundhedsloven § 166

Navn:	Cpr.nr.:
--------------	-----------------

Afkryds <i>kun</i> i de relevante felter til venstre og udfyld de rubrikker, der er aktuelle i forhold til denne ansøgning	
Afkryds	

☐	stk. 1, nr. 4	<u>Sjögrens syndrom</u> har givet tandproblemer, der kan relateres hertil	
En speciallæge i reumatologi har stillet diagnosen Sjögrens Syndrom efter fagligt anerkendte kriterier . Udtalelsen <u>skal</u> indeholde testresultaterne fra de undersøgelser, der ligger til grund for diagnosticeringen.			Diagnose dato:
Vedhæftes ansøgningen (sæt kryds):			
☐	Udtalelse fra speciallæge i reumatologi der bekræfter, at diagnosen er stillet iht. anerkendte Kriterier, testresultaterne fra undersøgelserne, der foreligger samt <u>datoen for den endelige diagnosticering</u> skal tydeligt fremgå		
☐	Munddelen, testresultater (sialometri/læbebiopsi)		
☐	Øjendelen, restresultater (schirmers test)		
Mund/tænder undersøgt på hospitalet ifm. udredning for Sjögrens syndrom			Afkryds én Ja ☐ eller Nej ☐

☐	stk. 1, nr. 5	<u>Kemoterapi, immunterapi eller hormon- og antihormonbehandling pga. kræftsygdom</u>	
Kræftdiagnose:		Behandling modtaget i (årstal):	
Kræftbehandlingen er modtaget på (hospitalet og afdeling):			
Mund/tænder undersøgt på hospitalet <i>før</i> kræftbehandlingen			Afkryds én Ja ☐ eller Nej ☐

☐	stk. 1, nr. 6	<u>Sygdom i skjoldbruskkirtlen</u> er behandlet med radioaktivt jod	
Sygdomsdiagnose:		Behandling modtaget i (årstal):	
Behandlingen er modtaget på (hospitalet og afdeling):			
Mund/tænder undersøgt på hospitalet før der blev givet radioaktivt jod mod sygdommen			Afkryds én Ja ☐ eller Nej ☐

Ansøgning om støtte til tandbehandling

Sundhedsloven § 166

Navn:	Cpr.nr.:
--------------	-----------------

Afkryds <i>kun</i> i de relevante felter til venstre og udfyld de rubrikker, der er aktuelle i forhold til denne ansøgning	
Afkryds	

☐	stk. 1, nr. 7	Antidepressiva, tricykliske (TCA) i fast behandling mindst 6 måneder
Sygdomsdiagnose:		Behandling modtaget (mdr/år):
Behandelende hospital og afdeling eller praktiserende læge (navn, adresse, postnr., by)		
Mund/tænder undersøgt på hospitalet <i>før</i> behandlingen		Afkryds én Ja ☐ <i>eller</i> Nej ☐

☐	stk. 1, nr. 8	<u>Svær psykisk lidelse</u> og i fast behandling med psykofarmaka i mindst 6 måneder
Behandlingsansvarlig læge kan vurdere, om patienten har en svær psykisk lidelse		Dato for vurdering:
Vedhæftes ansøgningen (sæt kryds):		
☐	Udtalelse fra behandlingsansvarlige læge der vurderer, at patienten aktuelt har en svær psykisk lidelse og er i fast behandling med psykofarmaka	
Behandling er modtaget på (hospital og afdeling) eller praktiserende læge (navn, adresse, postnr., by)		
Mund/tænder undersøgt på hospitalet <i>før</i> behandlingen		Afkryds én Ja ☐ <i>eller</i> Nej ☐

☐	stk. 1, nr. 9	<u>Refluks</u> efter operation af lukkemusklen i mavesækken
Sygdomsdiagnose:		Behandling modtaget i (årstal):
Behandlingen er modtaget på (hospital og afdeling):		
Mund/tænder undersøgt på hospitalet <i>før</i> operationen		Afkryds én Ja ☐ <i>eller</i> Nej ☐

☐	stk. 2	<u>Sjælden medfødt sygdom</u> har givet tandproblemer, der kan relateres hertil
Diagnose:		
Ved medfødte generelle sjældne sygdomme skal der være vedlagt udtalelse fra hospitalsafdeling/speciallæge, der bekræfter diagnosen.		

Ansøgning om støtte til tandbehandling
Sundhedsloven § 166

Navn:	Cpr.nr.:
--------------	-----------------

Dokumentation og bilag – gældende for alle ansøgninger (skal i videst muligt omfang sendes elektronisk)	
Nedenstående oplysninger indgår i vurderingen af ansøgningen og lægges til grund for evt. bevilling eller afslag sammen med hospitalsjournalen som Tilskudsordningen selv indhenter fra det hospital, hvor patienten er blevet behandlet og kontrolleret efterfølgende.	
Afkryds	Patientens praktiserende tandlæge indhenter og medsender nedenstående dokumentation:
	Udtalelse fra praktiserende tandlæge om, hvorvidt ansøgers tandbehandlingsbehov menes omfattet af ordningen til forebyggende og behandlende tandpleje. Ved særligt kostbare behandlinger beskrives sammenhængen med sygdom, behandling eller operation. Herudover om ansøger er mundtør eller evt. andet relevant for ansøgningen.
	Farvekopi af ALT foreliggende tandlægejournal, herunder aktuel tand- og parodontaldiagram. Journalmaterialet skal omhandle perioden både før og efter sygdom er diagnosticeret/kræftbehandling er påbegyndt/operation foretaget Materialet skal indhentes hos både nuværende og evt. tidligere tandlæger.
	ALLE foreliggende enorale røntgenoptagelser, OTP og kliniske foto (skal være dateret) for perioden både før og efter sygdom er diagnosticeret/behandling er påbegyndt/operation udført
	Pris- og behandlingsoverslag ved aktuelt behandlingsbehov
	Individuel forebyggelsesplan og prognose vurdering
	Aktuel medicin (vedlæg gerne medicinliste)

Samtykkeerklæring skal underskrives af ansøger (patient)	
DA EVT. BEVILLING VIL GÆLDE FRA MODTAGELSEN AF DEN UNDERSKREVNE ANSØGNING SKAL DATO FOR UNDERSKRIFT VÆRE PÅFØRT DETTE SKEMA.	
Der gives herved samtykke til, at regionen må indhente yderligere relevant dokumentation i forhold til sagsbehandling af denne ansøgning og informere min tandlæge om afgørelsen på ansøgningen.	
Dato: _____	
Underskrift: _____	
Dato og underskrift (Underskrift er kun nødvendig ved postfremsendelse af ansøgning. Fremsendelse via digital post fra patienten betragtes som samtykke til ovenstående).	

**Ansøgning om støtte til tandbehandling
Sundhedsloven § 166**

**Ansøgning skal fremsendes via digital post eller postforsendelse
til visitator i patientens bopælsregion**

Region Hovedstaden

Rigshospitalet Afsnit 5811
Blegdamsvej 9
2100 København Ø

Patientgrupper § 166, stk. 1, nr. 1-9

Telefon: 3545 5811

E-mail: tilskud.rigshospitalet@regionh.dk

Sjælden medfødt sygdom § 166, stk. 2

Telefon: 3545 5836

E-mail: ovic.rigshospitalet@regionh.dk

Hjemmeside: [Tilskudsordningen § 166](#)

Region Midtjylland

Regionshospitalet Viborg
Afd. for Regional Specialtandpleje
Søndersøparken 14
8800 Viborg

Telefon: 7844 6702

E-Mail: tilskudtand@rm.dk

Region Nordjylland

Patientforløb - Praksis
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Ø

Telefon: 9764 8000

Region Sjælland

Tandplejen
Næstved Sygehus
Ringstedgade 61, indgang 33
4700 Næstved

Telefon: 5852 4988

E-Mail: rstand@regionsjaelland.dk

Region Syddanmark

Praksisafdelingen
Damhaven 12
7100 Vejle

Telefon: 9944 0852

Mail til tandlæger: tilskudsordning@rsyd.dk

Se [hjemmesiden](#) for yderligere information

Læs om tilskudsmulighederne på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#)
vælg [Tandsundhed og tandpleje](#) og find de specifikke sygdomsgrupper
[Udvidelse af ordning om tilskud til tandpleje for udvalgte patientgrupper](#) LOV nr. 504 af 20. maj 2025