

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

Afkryds	
----------------	--

<input type="checkbox"/>	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 før kræftbehandlingen		Afkryds én
		Ja <input type="radio"/> eller <input checked="" type="radio"/> Nej <input type="radio"/>

<input type="checkbox"/>	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 før kræftbehandlingen		Afkryds én
		Ja <input type="radio"/> eller <input checked="" type="radio"/> Nej <input type="radio"/>

<input type="checkbox"/>	stk. 1, nr. 3	<u>Graft versus host-sygdom (GvHD), kronisk</u>, er udviklet efter knoglemarvstransplantation
Graft versus host-sygdom (GvHD) diagnose		Behandling modtaget i (årstal):
Kræftbehandlingen er modtaget på (hospital og afdeling):		
Jeg har fået mund/tænder undersøgt på hospitalet før kræftbehandlingen		Afkryds én
		Ja <input type="radio"/> eller <input checked="" type="radio"/> Nej <input type="radio"/>

Ansøgning om støtte til tandbehandling

Sundhedsloven § 166

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

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

Afkryds

<input type="checkbox"/>	stk. 1, nr. 4	Sjøgrens Syndrom har givet tandproblemer, der kan relateres hertil
--------------------------	----------------------	---

En speciallæge i reumatologi har stillet diagnosen Sjøgrens Syndrom iht. fagligt anderkendte kriterier. Udtalelsen skal indeholde testresultaterne fra de undersøgelser, der ligger til grund for diagnosticeringen.	Diagnose dato:
--	----------------

Vedhæftes ansøgningen (sæt kryds):

<input type="radio"/>	Udtalelse fra speciallæge i reumatologi der bekræfter, at diagnosen er stillet iht. fagligt anderkendte kriterier. Testresultaterne fra undersøgelserne, der ligger grund for diagnosen samt datoen for den endelige diagnosticering skal fremgå tydeligt.
-----------------------	--

<input type="radio"/>	Munddelen, testresultater (sialometri/læbebiopsi)
-----------------------	---

<input type="radio"/>	Øjendelen, testresultater (schirmers test)
-----------------------	--

Jeg har fået mund/tænder undersøgt på hospitalet ifm. udredning for Sjøgrens Syndrom	Ja <input type="radio"/> eller Nej <input type="radio"/>
--	--

<input type="checkbox"/>	stk. 1, nr. 5	Kemoterapi, immunterapi eller hormon- og antihormonbehandling pga. kræftsygdom
--------------------------	----------------------	---

Kræftdiagnose:	Behandling modtaget i (årstal):
----------------	---------------------------------

Kræftbehandlingen er modtaget på (hospitalet og afdeling):
--

Mund/tænder undersøgt på hospitalet før strålebehandlingen	Afkryds én Ja <input type="radio"/> eller Nej <input type="radio"/>
--	---

<input type="checkbox"/>	stk. 1, nr. 6	Sygdom i skjoldbruskkirtlen er behandlet med radioaktivt jod
--------------------------	----------------------	---

Sygdomsdiagnose:	Behandling modtaget i (årstal):
------------------	---------------------------------

Behandlingen med radioaktivt jod er modtaget på (hospitalet og afdeling):

Mund/tænder undersøgt på hospitalet før der blev givet radioaktivt jod mod sygdommen	Afkryds én Ja <input type="radio"/> eller Nej <input type="radio"/>
--	---

<input type="checkbox"/>	stk. 2	Sjælden medfødt sygdom 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:
<input type="checkbox"/>	Udtalelse fra praktiserende tandlæge om, hvorvidt ansøges tandbehandlingsbehov har sammenhæng med sygdom og behandling, om ansøger er mundtør eller evt. andet relevant for ansøgningen
<input type="checkbox"/>	Farvekopi af ALT foreliggende tandlægejournal, herunder aktuel tand- og parodontaldiagram. Journalmaterialet skal omhandle perioden både før og efter sygdom er diagnosticeret/kræftbehandling er påbegyndt. Materialet skal indhentes hos både nuværende og evt. tidligere tandlæger.
<input type="checkbox"/>	ALLE foreliggende enorale røntgenoptagelser, OTP og kliniske foto (skal være dateret) for perioden både før og efter sygdom er diagnosticeret/behandling er påbegyndt
<input type="checkbox"/>	Pris og behandlingsoverslag vedlagt
<input type="checkbox"/>	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. 1-6

Telefon: 3545 5834 / 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

E-Mail: tilskudsordning@rsyd.dk

Se [hjemmesiden](#) for yderligere information

Læs om tilskudsmulighederne på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#)
vælg [Tandsundhed og tandpleje](#) og find de specifikke sygdomsgrupper
[Lov om ændring af sundhedsloven LOV nr 649 af 11/06/2024](#) ikrafttræden 1. juli 2024
[Bekendtgørelse om tandpleje BEK nr 706 af 11/06/2024](#) gældende fra 1. juli 2024