



## RCAM/JSIS – TANDLÆGEBEHANDLING (STANDARDFORMULAR)

## UDFYLDES AF DEN TILSLUTTEDE

Den tilsluttedes navn: ..... Personale- eller pensionsnummer: .....

Regning eller overslag for:  den tilsluttede  ægtefælle eller anerkendt partner  forsørgelsesberettiget barn (eller person ligestillet hermed)

- Ved **anmodning om forhåndstilladelse** udfyldes kolonnen **overslag** på denne blanket, som indsendes til afregningskontoret sammen med de anførte bilag.
- Ved **anmodning om godtgørelse** udfyldes kolonnen **honorar** på denne blanket, som indsendes til afregningskontoret sammen med regning/kvittering/bevis for behandlingen og de anførte bilag. For personer, der er tillæggsforsikrede, vedlægges også specifikation af omkostninger eller afslag fra primærforsikringen.

Den fælles sygeforsikringsordning yder kun godtgørelse, hvis alle bestemmelser er overholdt.

Yderligere oplysninger: <https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health>

## UDFYLDES AF TANDLÆGEN

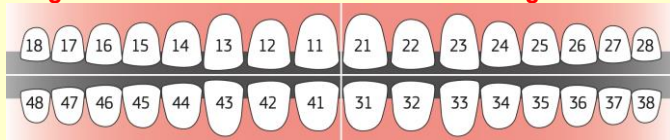
 **Prisoverslag\***  
**ELLER** **Regning\* for:** Fornavn og efternavn: .....  
Fødselsdato: .....

\* Sæt kun kryds i ét felt

## FOREBYGGENDE PLEJE OG BEHANDLING

Udfyld kun den relevante kolonne

## ▼ Skema: indtegn de relevante tænder for hele behandlingen

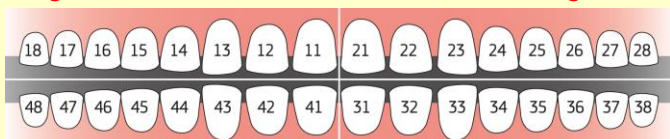
Tandnummer/  
numre pr.  
behandling**OVERSLAG**  
*Udfyldes kun i forbindelse med proteser eller implantater***HONORAR**

Undersøgelse ..... /  
 Intraoral røntgenoptagelse ..... /  
 Panoramarøntgenoptagelse, teleradiografi, CBCT-røntgen ..... /  
 Fluorbehandling, forsegling af huller og revner .....  
 Tandrensning .....  
 Tandfyldning .....  
 Direkte rekonstruktion, opbygning (med skruer eller stifter), indlæg og facader i kunststof .....  
 Rodbehandling og rodfyldning .....  
 Normal tandudtrækning, incision af en byld, fjernelse af splinter .....  
 Kirurgisk tandudtrækning, retineret tand, apikal amputation, rodamputation, frenulumplastik .....  
 Andet (angiv nærmere) .....

## PARODONTALBEHANDLING

Udfyld kun den relevante kolonne

## ▼ Skema: indtegn de relevante kvadranter for hele behandlingen



Kvadrant(er)

**OVERSLAG****HONORAR**

## ▲ Overslag: vedlæg behandlingsplan

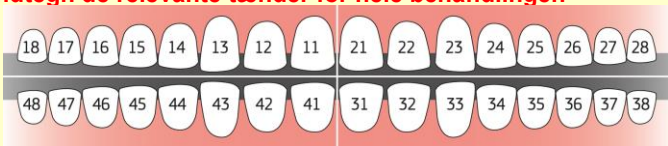
Parodontal undersøgelse (DPSI) ..... /  
 Tandrodsrensning .....  
 Kirurgi .....  
 Støbt parodontal bøjle .....

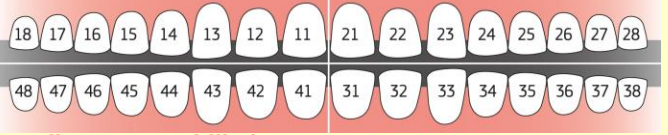
## BIDFUNKTIONSBEHANDLING

Udfyld kun den relevante kolonne

## ▲ Overslag: vedlæg behandlingsplan

Bidskinne .....  
 Snorkeskinne mod OSAS (obstruktiv søvnapnø syndrom) .....

PROTESER		Udfyld kun den relevante kolonne	
<p>▼ <b>Skema: indtegn de relevante tænder for hele behandlingen</b></p>  <p>▲ <b>Overslag: vedlæg røntgenbilleder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>FASTE PROTESER</b>            Støbt opbygning (inlay core), guldindlæg, keramisk indlæg eller kunststofindlæg (indirekte) .....            Støbt krone, teleskopkrone, krone eller element i metalkeramik, keramik- eller kunststoffacade (indirekte) .....            Forankring (angiv type) .....            Midlertidig krone eller pontics (inkl. tilpasning og udtagning) .....            Udtagning eller genindsætning af <b>faste</b> elementer, pr. element .....            Reparation af krone eller broelementer, pr. element .....</li> <li>• <b>LØSE PROTESER</b>            Basisplade af kunststof .....            Tand eller bøjle på kunststofbasis .....            Fuld protese i over- eller undermund .....            Foreløbig basisplade af kunststof .....            Foreløbig tand eller bøjle på kunststofbasis .....            Støbt metalplade (inkl. bøjler) .....            Tand på støbt metalplade .....            Reparation af kunststofbasis, tilføjelse (udskiftning) af en tand eller bøjle på kunststof- eller metalbasis .....            Rebasering (delvis eller fuldstændig /kunststof- eller metalplade) .....</li> </ul>	Tandnummer/ numre pr. behandling	OVERSLAG	HONORAR

IMPLANTOLOGI		Udfyld kun den relevante kolonne	
<p>▼ <b>Skema: indtegn de relevante tænder for hele behandlingen</b></p>  <p>▲ <b>Overslag: vedlæg røntgenbilleder</b></p>	Implantationssted(er)	OVERSLAG	HONORAR
Autogen knogletransplantation ..... <b>Indoperation af implantat</b> inkl. forundersøgelse, implantat, abutment, knogle af kunststof, membran, sterilt engangsmateriale, lokalbedøvelse, kirurgisk indgreb, blotlægning af implantatets hoved, kirurgisk forbehandling af tandkød ..... Andet (angiv nærmere) .....			

TANDREGULERING		Udfyld kun den relevante kolonne	
<p>▲ <b>Overslag: vedlæg en redegørelse, der beskriver de identificerede anomalier, varigheden af behandlingen og behandlingsplanen</b></p>		OVERSLAG	HONORAR
Forundersøgelse/vurdering <i>til brug for udarbejdelsen af en diagnose/behandlingsplan</i> ..... Røntgen/cephalometriske røntgenanalyser <i>til brug for udarbejdelsen af en diagnose/behandlingsplan</i> ..... <b>Honorar for behandlingen</b> inkl. opfølgning, retentionstråde og bøjler til over- og undermund, bøjler, supplerende cephalometriske røntgenanalyser/analysemetoder .....		/	/

<b>Behandelende tandlæges stempel samt telefonnummer og land (obligatorisk)</b>    Dato: ..... Tandlægens underskrift: .....	Samlet overslag: ..... (valuta og land angives)
	Honorar i alt: ..... (valuta og land angives)  <input type="checkbox"/> Undertegnede bekræfter fra den ..... til den ..... at have udført ovennævnte pleje/behandling og modtaget honorar herfor*. <input type="checkbox"/> Undertegnede vedlægger bevis for behandlingen/kvittering/regning udstedt i overensstemmelse med national lovgivning*.
	* <b>obligatorisk angivelse</b>