

Patientens anke til Tandskadeankenævnet

Hvilken dateret afgørelse fra 1. instans ønsker du at klage over?

Skadenr: _____
(anfør det fulde skadenr. så vi kan indhente sagens akter fra 1. instans)

Dato: _____
afgørelses dato

Evt. tidligere Ankesagnr.: _____
(Oplyses hvis Tandskadeankenævnet tidligere har truffet afgørelse i sagen)

Hvis du kun vil klage over en del af afgørelsen, anfør venligst hvad der konkret klages over, F.eks. erstatning for helbredelsesudgifter og/eller godtgørelse for varigt mén m.v.

Anfør eventuelt en begrundelse for klagen (supplerende redegørelse kan vedlægges).

Personlige oplysninger

| | | |
|-------------|-------------|---------------|
| Fornavn(e): | Efternavn: | E-mail |
| Adresse: | Postnr.: | By: |
| Cpr.nr.: | Telefonnr.: | Evt. stilling |

Oplysninger om tandlæge/klinik der har udført behandlingen

| | | |
|------------------|------------------|--------|
| Tandlægens navn: | Klinikkens navn: | E-mail |
| Klinik adresse: | Postnr.: | By: |

Underskrift

Ved din underskrift gives samtykke til, at Tandskadeankenævnet kan indhente alle relevante oplysninger, herunder journaler, pensionsakter m.v., fra 1. instans, tandlæger, sygehuse, institutioner, læger, kommuner, regioner og andre vedkommende, til brug i forbindelse med klagesagens behandling ved Tandskadeankenævnet.

Dato: _____ Underskrift: _____

Fuldmagt, såfremt du ikke selv ønsker at stå for kontakten til Tandskadeankenævnet

Jeg giver hermed nedenstående person fuldmagt til på mine vegne at indgive klage til Tandskadeankenævnet, samt til at varetage mine interesser i forbindelse med sagens behandling.

Fuldmagtshavers navn og adresse: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Klagen sendes til:
Tandskadeankenævnet
Svanemøllevej 85, 2. sal
2900 Hellerup