



Käk- och tandskadeintyg

Blanketten har utformats i samarbete
med Sveriges Tandläkarförbund

Skadeavdelningen / AIG Försäkring
Box 3122, 103 62 Stockholm

Handläggare	Skadenummer eller försäkringsnummer	
Den skadades namn	Personnummer	
Postdelningsadress	Postnummer och Postanstalt	
Arbetskada <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har intyg lämnats till annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Ja, Bolag: <input type="checkbox"/> Nej	Skadeorsak

Skadans typ och omfattning

Status före skadan

Tand	Skada	Rotfylld/amp	Fyllningstyp/ytor	Kariöst angripen	Tanden felfri

Medsänd röntgenbilder, om möjligt både från före och efter skadetillfället. Vid mer omfattande behandling önskas helstatus.

Övriga uppgifter av betydelse för bedömning av behandlingsåtgärder

Kvarvarande tänder (stryk saknade)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Paradontal status	<input type="checkbox"/> Ingen eller ringa förändring			<input type="checkbox"/> Måttlig			<input type="checkbox"/> Kraftig																									
Tandvårdsstatus	<input type="checkbox"/> God tand- och munvård			<input type="checkbox"/> Mindre god			<input type="checkbox"/> Dålig																									

Behandlingsförslag

Tand	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Röntgen																																	
Extraktion																																	
Rotbehandling																																	
Fyllningsterapi																																	
Kronterapi																																	
Broterapi																																	
Prototerapi																																	
Implantat																																	
Övrigt t ex typ av fyllning, krona																																	

Beräknad kostnad

Förhandsprövad behandling

Akutbehandling

Total kostnad	Patientavgift <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Kostnad för akutbehandling	Har kostnaden betalats av patient? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
---------------	---	----------------------------	--

Framtida behandlingar

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vilka?
--	--------

