**Kæbefunktionsattest**

**Skader på kæber og nerver i ansigtet**

|  |
| --- |
| **Udfyldes af forsikringsselskabet/rekvirenten** |
| **Navn: CPR-nr.:**  **Stilling**  **Skadenr. Skadedato:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Udfyldes af den behandlende tandlæge** | | | | | | | | | |
| **1** | a Er du patientens faste tandlæge?  b Hvis **nej** til a; har du en anden behandlingsmæssig relation til patienten?  c Hvis **nej** til a og b; jeg har ingen behandlingsmæssig relation til patienten og har kun set patienten ifm. denne attestudstedelse? | | | **NEJ JA**  🞎🞎  🞎🞎  🞎🞎 | | | Hvis Ja; hvilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **2** | Diagnose angivet på dansk og latin: | | |  | | | Dansk:  Latin: | | |
| **3** | Skønner du, at forsat eller yderligere behandling kan føre til en bedring i tilstanden? | | | **NEJ JA**  🞎🞎 | | | Hvis **NEJ**, udfyldes:  Fra hvilket tidspunkt skønnes der ikke at være væsentlig fremgang eller bedring i tilstanden?  Dato ………………………………….……………………………………..  (dag/md/år) | | |
| **4** | Er behandlingen (lægelig eller anden behandling) ophørt? | | | **NEJ JA**  🞎🞎 | | | Hvis **JA**, udfyldes:  Hvilken dato er behandling (lægelig eller anden behandling) ophørt?  Dato ………………………………….……………………………………..  (dag/md/år)  Hvor er behandlingen udført? | | |
| **5** | Er der foretaget billeddiagnostisk under­søgelse (f.eks. røntgen, UL, CT, MR)? | | | **NEJ JA**  🞎 🞎 | | | Hvis **JA**, udfyldes:  Hvilken type undersøgelse?  Hvor?  Med hvilket resultat? | | |
| **6** | Skønner du, at tidligere skader, sygdomme eller andre forhold har haft indflydelse på den nuværende skade eller sygdom eller har forværret dens følger? | | | **NEJ JA**  🞎 🞎 | | | Hvis **JA**, udfyldes:  Hvilke? | | |
| **7** | | Hvilke aktuelle klager fremfører patienten? | | |  | | |  | |
| **8** | | Er der lammelse af n. facialis? | | | **NEJ JA**  🞎 🞎 | | | Hvis **JA**, udfyldes:  Gren til pand 🞎 Højre 🞎 Venstre  Gren til øjenlåg? 🞎 Højre 🞎 Venstre  Gren til mundvig? 🞎 Højre 🞎 Venstre | |
| **9** | | Er der føleforstyrrelser svarende til:  N. infraorbitalis?  N. mentalis (n. alv. inf)?  N. buccalis?  N. lingualis?  Smagsforstyrrelser? | | | **NEJ JA**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | | | Hvis **JA**, udfyldes:  🞎 Højre 🞎 Venstre  I hvilken grad? 🞎 Let 🞎 Middel 🞎 Svær  🞎 Højre 🞎 Venstre  I hvilken grad? 🞎 Let 🞎 Middel 🞎 Svær  🞎 Højre 🞎 Venstre  I hvilken grad? 🞎 Let 🞎 Middel 🞎 Svær  🞎 Højre 🞎 Venstre  I hvilken grad? 🞎 Let 🞎 Middel 🞎 Svær | |
| **10** | | **Kæbedysfunktion/kæbens bevægelighed**  Gabeevne maximalt:  (Målt i mm mellem incisalkanten i over- og underkæbe)  Sidebevægelse af underkæben målt i mm  (Forskydning af 1-1 i forhold til 1+1)  Smerter ved gabning eller tygning?  Andre gener? | | | **NEJ JA**  🞎 🞎  🞎 🞎 | | | ……………………………………………………………. mm  ……………………………………………………………. mm  Hvis **JA**, udfyldes:  🞎 Højre 🞎 Venstre  Hvilke: | |
| **11** | | **Sammenbid**  Ændringer i sammenbid?  Kun kontakt på molarer og præmolarer? | **NEJ JA**  🞎 🞎 | | | Hvis **JA**, udfyldes:  Krydsbid? 🞎 Ja 🞎 Nej  Åbent bid? 🞎 Ja 🞎 Nej  Midtlinie forskydning? 🞎 Ja 🞎 Nej 🞎 Højre 🞎 Venstre  Kun kontakt på molarer? 🞎 Ja 🞎 Nej  Højre Venstre  🞎 Ja 🞎 Ja | | |
| **12** | | Eventuelle bemærkninger |  | | |  | | |
| **13** | | Undersøgelsens dato |  | | | Dato ………………………………………………………………………..  (dag/md/år) | | |

Der kan evt. vedlægges relevante udskrivningsbreve og undersøgelsesresultater mv.

Medmindre andet er anført, er jeg indforstået med, at selskabet kan udlevere en kopi af attesten til patienten eller dennes repræsentant.

|  |  |
| --- | --- |
| **Behandlende tandlæge** | |
| Adresse | |
| Postnr. | By |
| Telefonnr. | |
| E-mailadresse | |
| Tandlægens honorar for denne attest | |
| Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med mine optegnelser, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse.  Dato og underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Honorarmodtagerens eller SE-nr. bedes oplyst, jf. skattelovgivningen  SE- eller CVR-nr. | |
| Attesten sendes i lukket kuvert mærket "Attest" eller med sikker mail til:  Selskabets erstatningspligt indtræder først, når selskabet har anerkendt skaden og accepteret det modtagne behandlingsforslag. | For denne attest, hvis formulering er aftalt med Tandlægeforeningen til brug ved forsikring, betales tandlægen af selskabet efter fremsendelse af specificeret regning. Aftalen kan findes på Tandlægeforeningen og Forsikring og Pensions hjemmeside. |

Denne attest er aftalt mellem Tandlægeforeningen og Forsikring & Pension. Tandlægen honoreres efter fremsendelse af specificeret regning. Aftalen kan findes på Tandlægeforeningens og Forsikring & Pensions hjemmesider.

**Formålet med kæbefunktionsattest til skader på kæber og nerver i ansigtet**

**(Udfyldes af den undersøgende tandlæge)**

Formålet med kæbefunktionsattesten er bl.a. at vurdere, om:

* skadelidte er blevet rask/symptomfri, så sagen kan vurderes på det foreliggende uden varigt mén
* skadelidte har et sikkert varigt mén, så sagen kan vurderes endeligt på det foreliggende
* skadelidte har et sikkert varigt mén, men det endelige mén kan endnu ikke vurderes på baggrund af kæbefunktionsattesten, hvorfor næste skridt er, at der kan udbetales et á conto beløb. Derefter indhentes en specialtandlægeerklæring til brug for vurdering af det endelige mén.

Det præciseres, at specialtandlægeerklæringer stadig kan være nødvendige i en række tilfælde, hvor skadens art og omfang gør, at en funktionsattest ikke er tilstrækkelig. Det kan fx være til den endelige vurdering af det varige mén i komplicerede sager og ved multiple skader.

**Fordelene ved brug af kæbefunktionsattesten:**

Der er flere fordele ved kæbefunktionsattesten. Disse er bl.a. at få:

* mulighed for at kunne visitere og følge status i en række sager
* oplysningerne i løbet af få uger (2-4 uger), hvor det kan tage flere måneder for en specialtandlægeerklæring
* nedbragt antallet af unødvendige specialtandlægeerklæringer
* et supplement til en specialtandlægeerklæring i en række sager
* et grundlag for indhentning af supplerende oplysninger
* vejledning til tandlægen/specialltandlægen med præcise formuleringer af, hvad der ønskes oplyst/undersøgt
* indhentelse af de nødvendige og tilstrækkelige oplysninger om subjektive klager, samt objektive fund, der gør forsikringsselskabet i stand til at træffe den korrekte afgørelse.

\* \* \*