MMA tandforsikring

TANDSTATUSSKEMA

På tro og love afgives nedennævnte oplysninger for : **CPR nr.** | | | | | | | – | | | | |
(Skriv venligst med blokbogstaver)

Navn:		Erhverv:	
Adresse:		Stilling:	
		E-mail:	
Postnr.	By:	Telefon:	Mobil:

8+	7+	6+	5+	4+	3+	2+	1+	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	**Betydning af felt**
																Manglende tand (sæt kryds)
																Fyldning. Angiv flade 1-5
																Fæstetab. Angiv pocher >=5
																Indlæg eller kroner. Angiv type (AU, MK, IM, HK)*
																Rodbehandlet tand (sæt kryds)
																Periapikale forandringer på rodbehandlet tand
																Behandlingskrævende tand (sæt kryds)
																Ekskluderede tænder (udfyldes af MMA)

8-	7-	6-	5-	4-	3-	2-	1-	-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7	-8	**Betydning af felt**
																Manglende tand (sæt kryds)
																Fyldning. Angiv flade 1-5
																Fæstetab. Angiv pocher >=5
																Indlæg eller kroner. Angiv type (AU, MK, IM, HK)*
																Rodbehandlet tand (sæt kryds)
																Periapikale forandringer på rodbehandlet tand
																Behandlingskrævende tand (sæt kryds)
																Ekskluderede tænder (udfyldes af MMA)

*) IM= Implantat, HK= Helkeramisk krone/indæg. Ved implantat i front, vedlæg røntgenbilleder

Ansøger har: ◯ HO ◯ HU ◯ PO ◯ PU ◯ Protese

Ansøgers mundhygiejne (sæt kryds):

Ryger (sæt kryds) ◯ Ja ◯ Nej

Antal eftersyn pr. år

Bemærkninger: Observationer; kroniske sygdomme, medicin forbrug:

Bitewings skal indsendes sammen med skema og fremstå som følger:

- Uden overlapninger. Gengivelse fra mesialfladen af forreste præmolarer til distalfladen af bagerste molar
- 2 mm af den marginale knogle synlig. Hvis det ikke er muligt at se marginal knogle ved horisontal filmplacering ved marginal fremskreden parodontitis, må der optages 4 bitewings med vertikal filmplacering
- Rr2mtgen-optagelser skal sendes enten fysisk eller sendes pr. mail til tandforsikring@mmc.com

Forsikringstager giver hermed MMA lov til at rekvirere alt nødvendigt tandjournal materiale i forbindelse med denne ansøgning.

Dato:	Yder nr. og telefonnummer:
Forsikringstager:	Tandlæge:

Bemærk: Eventuelle udgifter vedrørende udfyldelse af dette skema er et anliggende mellem patient og tandlæge.