

Undersökningsdatum

**Den skadade**

Förnamn och efternamn	Personnummer	Skadedatum
Adress		

**1. Intyg**

Har intyg utfärdats för annat försäkringsbolag?  Nej  Ja

Bolagets namn

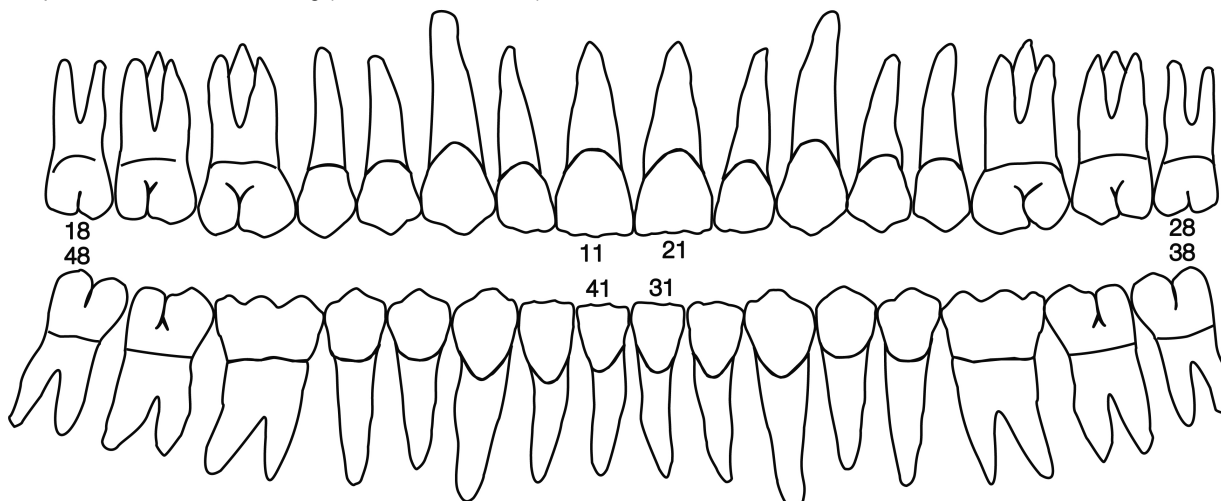
**2. Status före skadan** Markera saknad tand eller protes med snedstreck (/) och kronprotes med kryss (x)

Kvarvarande tänder	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
Parodontal	Förändring <input type="checkbox"/> Ingen eller ringa <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Kraftig <input type="checkbox"/>																															
Om skadad tand behandlats tidigare	Tand	Tidpunkt (om möjligt)		Omfattning (till exempel rotbehandling, kronersättning, kariesangrepp)																												

**3. Beskrivning** Mer utrymme finns under "Övriga upplysningar" på blankettens baksida

Skadans typ och omfattning	Tand och omfattning

Markera på bilden skadans omfattning (extraktion, fraktur etc.)



**4. Behandling**

Markera med kryss (x)

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				
Extraktion																																				
Rotbehandling																																				
Kronprotes																																				
Broprotes																																				
Övrigt	Tand	Till exempel typ av fyllning, krona																																		
Skada på framtänder	Har den skadade gått med framtandsglugg? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja																								Antal dagar											
Behandling	Har någon behandling varit mycket smärtsam? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja																								Antal behandlingar											
	Antal behandlingar												Datum för avslutad behandling												Vid arbetsskada ersätter Försäkringskassan hela behandlingarkostnaden											
Behandlingsförslag	Förhandsprövat av Försäkringskassan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja																								Behandlingsförslagets datum											
	Bedömning är gjord på grundval av																																			
Bedömning	<input type="checkbox"/> Undersökning vid patientens besök												<input type="checkbox"/> Egen kännedom om patienten												<input type="checkbox"/> Journalhandlingar i patientens akt											
	Får kopia av intyget lämnas ut av Afa Försäkring till patienten eller dennes ombud? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja																																			

**Övriga upplysningar**

Kompletterande uppgifter av betydelse för bedömningen

--

**Tandläkarens underskrift** Underskriften gäller avsnitt 1-4

Datum för underskrift (åååå-mm-dd)	Namnsteckning	Namnförtydligande

**Patientens underskrift** Jag har tagit del av detta intyg

Datum för underskrift (åååå-mm-dd)	Namnsteckning

F7205 23.10 2