

Umsókn um endurgreiðslu Sjúkratrygginga á kostnaði vegna [tannréttinga](#)

## Skv. IV. kafla reglugerðar 451/2013

1. Nafn umsækjanda:	2. Kennitala:
3. Nafn sérfræðings í tannréttinum:	4. Læknisnúmer:

5. Fylgigögn: Engin  Röntgenmyndir  Ljósmyndir  Afsteypur **6. Greining:**

- 1  1. tl. 14. gr. Klofinn gómur
- 2  2. tl. 14. gr. Heilkenni sem veldur alvarlegu misræmi í vexti höfuðkúpu og kjálkabeina (Craniofacial Syndromes/Deformities)
- 3  3. tl. 14. gr. Meðfædd tannvöntun
- 4  4. tl. 14. gr. Sambærilega alvarleg tilvik svo sem alvarlegt misræmi í vexti höfuðkúpu og kjálkabeina
- 5  15. gr. Alvarlegur slysaatburður

Aðgerðaráætlun, fyrir meðferð sem er umsækjanda nauðsynleg vegna alvarlegra afleiðinga fæðingargalla, sjúkdóma eða slysa:Meðferð með lausum tækjum  (sendið sundurliðaða aðgerða- og kostnaðaráætlun með umsókn)

Meðferð m/lausum tækjum hefst þann og lýkur þann

Virkt meðferð m/föstum tækjum í efri góm , neðri góm , báða góma , hefst þannog stendur í allt að 12 , 18 , 24 , 30 , 36  mánuði eða meira

Áætlaður kostnaður til loka virkrar meðferðar, samkvæmt gjaldskrá sérfræðings á umsóknardegi, kr.

7. Frekari upplýsingar:

8. Dagsetning umsóknar: