

Umsókn um endurgreiðslu Sjúkratrygginga á kostnaði vegna tannlækninga
Skv. IV. kafla reglugerðar 451/2013

| | |
|---------------------|-----------------|
| 1. Nafn umsækjanda: | 2. Kennitala: |
| 3. Nafn tannlæknis: | 4. Læknisnúmer: |

 5. Fylgigögn: Engin Röntgenmyndir Ljósmyndir Afsteypur Áverkavottorð
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 – fjórar eða fleiri fullorðinstennur framan við endajaxla.
- 4 4. tl. 14. gr. Sambærilega alvarleg tilvik.
- 5 15. gr. Alvarlegur slysaatburður

7. Sundurliðuð aðgerðaráætlun, fyrir meðferð sem er umsækjanda nauðsynleg vegna ofangreindra tilvika:

| Svæði eða nr. tannar | Fletir tannar | Gjaldnr. | Fjöldi | Verð | Svæði eða nr. tannar | Fletir tannar | Gjaldnr. | Fjöldi | Verð |
|----------------------|---------------|----------|--------|------|----------------------|---------------|----------|--------|------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Frekari upplýsingar:

8. Dagsetning: