

Útfyllist af tannlækni

## ALMENNAR UPPLÝSINGAR

Nafn slasaða \_\_\_\_\_ kt. \_\_\_\_\_  
Heimili \_\_\_\_\_ Póstnúmer \_\_\_\_\_ Staður \_\_\_\_\_ Sími \_\_\_\_\_

## UPPLÝSINGAR UM SLYSIÐ

Slysdagur \_\_\_\_\_  
Tildrög/orsök slyss \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Samræmast áverkar ofangreindri lýsingu? ☐ Já ☐ Nei ☐ Óvíst

## MEÐFERÐ

Hvenær sást þú slasaða fyrst út af þessu tilfelli? Dags. \_\_\_\_\_  
Hvaða skaða greindir þú þá? (á tönnum/gervitönnum og munnholi) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Hvaða meðferð fór þá fram? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Er meðferð lokið? ☐ Já ☐ Nei  
Ef nei, hvaða meðferð er fyrirhuguð og hvenær? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## FYRRI TANNHEILSA

Hvernig var almenn tannheilsa slasaða og ástand tanna sem brotnuðu fyrir slysið? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Hvenær voru eldri viðgerðir framkvæmdar á þeim tönnum sem brotnuðu? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Hvaða tannlæknir framkvæmdi fyrri aðgerðir? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ATHUGASEMDIR TANNLÆKNIS

Undirritaður vottar hér með að ofangreindar upplýsingar eru eftir minni bestu vitund réttar og tæmandi og að þar sé aðeins vottað það sem sannreynt hefur verið í samræmi við 19. gr. laga um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012 og rgl. 586/1991 um gerð og útgáfu læknisvottorða. Mér er ljóst að vottorðið verður notað til ákvörðunar váttryggingafélagsins á bótarétti sjúklings og er reiðubúin(n) að staðfesta efni þess fyrir dómi ef þess er krafist.

Dagsetning

Undirskrift og stimpill tannlæknis