

# Klage til Tandskadeankenævnet

Hvilken dateret afgørelse fra 1. instans ønsker du at klage over?  Skadenr: _____ Dato: _____ (anfør det fulde skadenr. så vi kan indhente sagens akter fra 1. instans)
Hvis du kun vil klage over en del af afgørelsen, anfør venligst hvad der konkret klages over, F.eks. erstatning for helbredelsesudgifter og/eller godtgørelse for varigt mén m.v.
Anfør eventuelt en begrundelse for klagen (supplerende redegørelse kan vedlægges).

## Personlige oplysninger

Fornavn(e):	Efternavn:	E-mail
Adresse:	Postnr.:	By:
Cpr.nr.:	Telefonnr.:	Evt. stilling

## Underskrift

Ved din underskrift gives samtykke til, at Tandskadeankenævnet kan indhente alle relevante oplysninger, herunder journaler, pensionsakter m.v., fra tandlæger, sygehuse, institutioner, læger, kommuner, regioner og andre vedkommende, til brug i forbindelse med klagesagens behandling ved Tandskadeankenævnet.  Dato: _____ Underskrift: _____
--

## Fuldmagt, såfremt du ikke selv ønsker at stå for kontakten til Tandskadeankenævnet

Jeg giver hermed nedenstående person fuldmagt til på mine vegne at indgive klage til Tandskadeankenævnet, samt til at varetage mine interesser i forbindelse med sagens behandling.  Fuldmagtshavers navn og adresse: _____  Dato: _____ Underskrift: _____
---

**Klagen sendes til:**  
Tandskadeankenævnet  
Svanemøllevej 85, 2. sal  
2900 Hellerup