

Navn	Policenummer		
Adresse:	E-mail:		
Postnr. – By:	Tlf. privat:	Arb:	Mobil:

## ANMELDELSE AF BØRNETANDSKADE

<b>Barnets navn m.v.</b>	
Navn:	Adresse:
Postnr. – By:	Cpr.nr:

<b>Beskrivelse af uheldet</b>		
Dato:	Kl.:	Uhedssted:
Hvorledes skete uheldet:		
Hvor skete uheldet:		

---

**Dato****Underskrift**

*PS: Nedenstående erklæring bedes udfyldt af den behandlende tandlæge.*

<b>ERKLÆRING OM TANDSKADE FOR BØRN</b>	
Skadelidte er undersøgt den:	pga. tandskade
Diagnose:	

---

Tandlæge

Lohmannsvej 8

4780 Stege

Tlf. 55 81 11 34

[post@stofodent.dk](mailto:post@stofodent.dk)

Klinikstempel

CVR 18773015