

Skade-tidspunkt	Hvornår skete ulykkestilfældet? <input type="text"/> dag, den <input type="text"/> / <input type="text"/> år <input type="text"/> kl. (0 - 24) <input type="text"/>		
	Hvor skete hændelsen?		
	I fritiden <input type="checkbox"/>	Under militærtjeneste <input type="checkbox"/>	Som selvstændig (eget erhverv) <input type="checkbox"/>
	Under arbejde for arbejdsgiver <input type="checkbox"/>	På arbejdsgivers område <input type="checkbox"/>	Ærinde for arbejdsgiver <input type="checkbox"/>
Ved skader sket i fritiden	Skete skaden: (Sæt kun x hvis skaden skete på en af følgende måder)		
	<input type="checkbox"/> Under arbejde for andre (vennetjeneste/håndsrækning/hjemmeværn)		
	Hvem arbejdede du for?	<input type="text"/>	
	Hvad var aftalt omkring arbejdets omfang?	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> I fritidslandbrug	Er du momsregistreret? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	<input type="checkbox"/> Under lønnet sport (d.v.s. du har spilleraftale/kontrakt)	Overstiger løn/vederlag kr. 25.000 årligt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Beskrivelse af skaden og hændelsen	Hvad er der sket af tandskade?	<input type="text"/>	
	Er der sket anden personskade? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, hvilken? <input type="text"/>	
	Hvordan kom du til skade? (Beskriv hændelsen så det klart fremgår, hvad der skete og hvad der var den direkte årsag til skaden)	<input type="text"/>	
		<input type="text"/>	
<input type="text"/>			
Andre oplysninger	Havde du indenfor det sidste døgn inden skaden, indtaget nogen form for alkohol, rusmidler, medicin eller lign.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, hvad var indtaget og hvor meget? <input type="text"/>	
	Er der foretaget blod/urinprøve?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
Politi	Er politirapport optaget? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, af hvilken station og journalnummer? <input type="text"/>	
	Danmark	Er du medlem af sygeforsikringen "danmark"? <input type="checkbox"/> ja, hvilken gruppe? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nej	

Andre forsikringer	Har du andre ulykkesforsikringer end denne <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
	Hvis ja, i hvilket Selskab <input type="text"/> Skade/Ref.nr. <input type="text"/>	
	Hvornår er skaden anmeldt til andet selskab <input type="text"/>	
	Har du tegnet forsikring i Dansk Tandforsikring <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
	Hvis ja, Skade/Ref.nr. <input type="text"/>	
Læge/tandlægehjælp	Hos hvem og hvornår blev du behandlet/undersøgt 1. gang efter skaden?	Hos:
		<input type="text"/>
	Har du senere været til yderligere undersøgelse, behandling, kontrol? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Dato:
		<input type="text"/>
	Hvis ja, hos hvem og hvornår?	
	<input type="text"/>	
	Dato:	
	<input type="text"/>	
Egen tandlæge	Hvem har du som tandlæge?	Navn, Adresse, Postnr. og By
		<input type="text"/>
Helbred/ Tidligere skader	Var du syg/sygemeldt på skadetidspunktet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, på grund af hvad?
		<input type="text"/>
	Lider du af nogen form for kronisk eller længerevarende sygdom? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, hvilke gener.
		<input type="text"/>
	Har du før haft problemer (sygdom/skade) med nu skadet/skadede tand/tænder? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, hvilke problemer?
		<input type="text"/>
		Hvornår?
	Hvilken tandbehandling fik du?	
	<input type="text"/>	
Blev den tidligere skade forsikringsanmeldt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Hvis ja, til hvem? (oplys selskab/skadenr.)	
	<input type="text"/>	