

**Region Syddanmark**  
Den Regionale Tandpleje  
Sundhedshuset Sct. Joseph,  
Nørregade 63a  
6700 Esbjerg  
Tlf. 9944 0800  
Att: Visitationsudvalget  
E-mail: drt@rsyd.dk



## Klageformular

### Klager over privatpraktiserende tandlæger i Region Syddanmark

Det er ikke en betingelse for at klage over tandbehandling, at du har talt med din tandlæge om problemet først. Erfaringer viser imidlertid, at mange klagesager kunne have været undgået, hvis tandlægen og patienten havde haft mulighed for at løse problemet gennem en dialog om forløbet, inden patienten indgav en klage.

Ved at kontakte din tandlæge inden du indgiver din klage, opnår du at få afklaret:

- Om din utilfredshed skyldes misforståelser i den tidligere kommunikation mellem dig og tandlægen, og
- Om der er faktuelle forhold, der har betydning for din indgivelse af klagen og for den videre behandling i klagesystemet.

Da behandlingen af en klagesag er en proces, der tager tid, og som både du og din tandlæge skal bruge mentale ressourcer på, er det derfor en god idé, at du kontakter din tandlæge for at finde ud af, om I i fællesskab kan finde en tilfredsstillende løsning, inden du går videre med udfyldelse af klageformularen.

Hvis du vælger at indlede en dialog med din tandlæge, skal du være opmærksom på, at der gælder visse **tidsfrister** for indgivelse af klager, og at din klage vil blive afvist i klagesystemet som **forældet**, hvis du overskrider en frist.

**Inden** du klager skal du være opmærksom på klagefristerne:

- En klage over overenskomstmæssige forhold/honorar/service skal fremsættes inden **6 uger** efter, at du er blevet bekendt med det forhold, som du gerne vil klage over.
- En klage over den faglige behandling skal fremsættes inden **2 år** efter det tidspunkt, hvor du var eller burde være bekendt med det forhold, du ønsker at klage over.
- Du kan ikke klage over en behandling, hvor klageforholdet har fundet sted for mere end **5 år** tilbage.

I forbindelse med en klage skal du være opmærksom på at:

- Visitationsudvalget i regionen kan anmode om, at eventuelle skyldige beløb deponeres, før sagen behandles i samarbejdsudvalget eller regionstandlægenævnet.
- Klager skal enten fremsættes skriftligt overfor den region, hvor tandlægen har sin klinik eller overfor Patientombuddet.

Du er velkommen til at udfylde klageformularen elektronisk. Du bedes dog herefter udskrive og underskrive formularen. Klageformularen indsendes i udfyldt stand med underskrift og bilag til region Syddanmark.

Hvis du ønsker at rejse krav om erstatning, kan du kontakte Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning. Ønsker du både at søge erstatning og at indgive en klage, bedes du både udfylde blanketten og sende den til regionen eller Patientombuddet samt kontakte Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning. Vær opmærksom på klagefristerne.

Du kan få flere oplysninger om erstatning på [http: www.tf-tandskade.dk](http://www.tf-tandskade.dk).

## 1) Undertegnede

Navn:

Cpr.nr.:

Adresse:

Postnr.:

By:

Tlf. (Privat):

Mobil nr.:

Tlf. (arbejde):

E-mail:

Hvis du ikke selv ønsker/kan stå for kontakten til regionen, skal du udfylde pkt. 12.

## 2) Ønsker at klage over tandlæge

Tandlæges ydernummer:

Evt. behandlende tandlæges navn:

Adresse:

Postnr.:

By:

Tlf. (arbejde):

## 3) Baggrundsinformation

Hvor længe har du været patient hos tandlægen:

Hvornår var du sidst til behandling hos tandlægen:

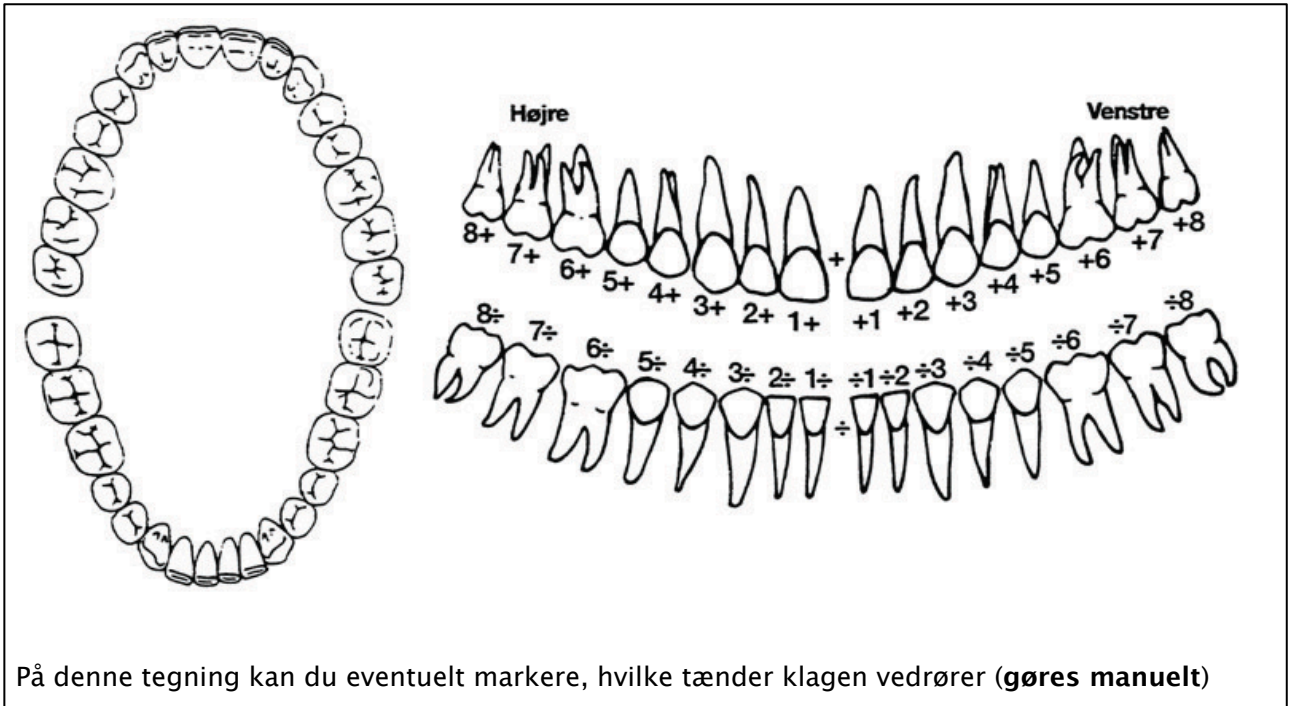
Hvornår opdagede du, at noget var galt:

## 4) Klagen vedrører: (sæt kryds eller uddyb)

**Faglige klager (ikke tilfredsstillende behandling eller manglende behandling)**  
Behandles af regionstandlægenævnet. Klagefristen er **2 år** regnet fra det tidspunkt, hvor du var eller burde være bekendt med det forhold, du klager over. Du kan dog ikke klage over en behandling, der har fundet sted for mere end **5 år** tilbage.

**Overenskomstmæssige klager (regningsbeløb, manglende prisoverslag, adfærd)**  
Behandles af samarbejdsudvalget. Klagefristen er **6 uger**, regnet fra det tidspunkt, hvor du er blevet bekendt med det forhold, som du vil klage over, til regionen eller Patientombuddet modtager den skriftlige klage.

## 5) Klagen vedrører



Her kan du uddybe din klage:

Er du blevet færdigbehandlet hos tandlægen:  Ja  Nej

Hvis nej, hvorfor:

Behandlingen blev udført den/i perioden:

Behandlingen jeg vil klage over kostede kr.:

Har du selv betalt regningen:  Ja  Nej  Delvist  Har ikke betalt regningen

Vedlæg kopi af regningen for det indklagede arbejde.

**6) Jeg ønsker at opnå (sæt kryds eller uddyb)**

Forlig

Tandlægearbejdet omgjort

Honoraret helt eller delvist tilbagebetalt

Andet (beskriv):

**7) Har du klaget direkte til tandlægen? (Sæt kryds)**

Ja  Nej

**8) Har du/vil du anmelde skaden til Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning?**

Ja  Nej

Hvis ja, hvornår:

**9) Har andre tandlæger set eller rettet på det, du klager over? (sæt kryds)**

Ja  Nej

Hvis ja, oplyst venligst hvem

Tandlæges navn:

Adresse:

Postnr.:

By:

Tlf.:

Går du fast hos denne tandlæge? (sæt kryds)  Ja  Nej

Går du fast til en helt tredje tandlæge? (sæt kryds)  Ja  Nej

Angiv eventuelt ny tandlæges navn og adresse:

## 10) Eventuelt supplerende bemærkninger

## 11) Underskrift og tilladelse til at indhente og videregive oplysninger

Jeg giver hermed Region Syddanmark tilladelse til at behandle min klage, herunder at indhente og videregive oplysninger om mine helbredsmæssige forhold, som er nødvendige for klagens behandling. Dette drejer sig fx om journaler, røntgenbilleder og modelmateriale m.v. til brug for behandling af klagen over ovennævnte tandlæge.

Ligeledes erklærer jeg med min underskrift, rigtigheden af ovenstående oplysninger.

Dato:

Underskrift: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

## 12) Fuldmagt (udfyldes kun, hvis du klager på en andens vegne)

Bemærk, at når du giver en anden fuldmagt til at varetage dine interesser, vil al korrespondance og kommunikation ske i forhold til fuldmagtshaver. Det indebærer blandt andet retten til:

- Aktindsigt,
- Partshøring,
- At afgive udtalelse,
- At anmode om udsættelse,
- At modtage al korrespondance/kommunikation, herunder afgørelsen, og
- At indgive klage over tandlægenævnets/samarbejdsudvalgets afgørelse.

Du kan på et hvilket som helst tidspunkt tilbagekalde fuldmagten ved skriftlig henvendelse til sekretariatet for tandlægenævnet/samarbejdsudvalget. Du kan vælge at give fuldmagt til eksempelvis et familiemedlem, en bekendt eller en advokat (sidstnævnte kræver ikke udfyldelse af denne formular). Det kan ikke gives fuldmagt til medarbejdere i sekretariatet for tandlægenævnet/samarbejdsudvalget.

Undertegnede giver hermed

Fuldmagt til, på mine vegne, at klage over den behandlende tandlæge, som er nævnt i denne klageformular.

Dato: \_\_\_\_\_ Klagers underskrift: \_\_\_\_\_

Fuldmagtshavers navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr.: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

Tlf.: \_\_\_\_\_

Fuldmagtshavers underskrift: \_\_\_\_\_