

Skicka blanketten till  
Försäkringskassan  
FE 20  
831 84 Östersund

Glöm inte skriva under ansökan.

**Läs här innan du fyller i blanketten**

För att ha rätt till det särskilda tandvårdsbidraget ska du ha en sjukdom eller funktionsnedsättning som medför ett ökat behov av förebyggande tandvård. I första hand ska du vända dig till din tandläkare eller tandhygienist som i många fall direkt kan bedöma om du har rätt till det särskilda tandvårdsbidraget. I så fall behöver du inte ansöka om förhandsprövning.

**1. Du som ansöker**

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress		Postnummer och ort

**2. Din sjukdom eller funktionsnedsättning**

Det är bara de sjukdomar som är listade här nedan som ger rätt till det särskilda tandvårdsbidraget. Kryssa i den sjukdom eller funktionsnedsättning som innebär att du har ett ökat behov av tandvård. Skicka också med de handlingar som framgår av listan.

Om du ...	så ska du skicka med ...
<input type="checkbox"/> är muntorr på grund av långvarig läkemedelsbehandling	läkemedelsförteckning <b>eller</b> läkarintyg <b>och</b> resultat av salivprov. Handlingarna får inte vara äldre än tre månader från när ansökan lämnas in till Försäkringskassan.
<input type="checkbox"/> har frätskador på tänderna och anorexia nervosa, bulimia nervosa eller gastroesofageal refluxsjukdom	läkarintyg <b>och</b> kopia av patientjournal från tandläkare. Läkarintyget får inte vara utfärdad senare än tre månader innan ansökan lämnas till Försäkringskassan.
<input type="checkbox"/> har svårinställd diabetes	läkarintyg. Handlingen får inte vara utfärdad senare än tre månader innan ansökan lämnas till Försäkringskassan.
<input type="checkbox"/> genomgår dialysbehandling	läkarintyg. Handlingen får inte vara utfärdad senare än tre månader innan ansökan lämnas till Försäkringskassan.
<input type="checkbox"/> är immunosupprimerad på grund av läkemedelsbehandling	läkarintyg. Handlingen får inte vara utfärdad senare än tre månader innan ansökan lämnas till Försäkringskassan.
<input type="checkbox"/> är muntorr på grund av strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen	läkarintyg <b>och</b> resultat av salivprov
<input type="checkbox"/> har Sjögrens syndrom	läkarintyg
<input type="checkbox"/> har cystisk fibros	läkarintyg
<input type="checkbox"/> har ulcerös Colit	läkarintyg
<input type="checkbox"/> har Crohns sjukdom	läkarintyg
<input type="checkbox"/> har tarmsvikt	läkarintyg
<input type="checkbox"/> har kronisk obstruktiv lungsjukdom <b>och har ordinerats</b> syrgas eller näringsdryck	läkarintyg
<input type="checkbox"/> har genomgått organtransplantation	läkarintyg

**4. Underskrift**

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter eller att utelämna något.		
Datum	Namnsteckning	Telefon dagtid, även riktnummer
Namnförtydligande		Telefon kvällstid, även riktnummer

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".

**5. Har någon hjälpt till att fylla i blanketten?**

Namn	Telefon dagtid, även riktnummer
------	---------------------------------