

Kollektiv olycksfallsförsäkring för kommun:

Personnummer:

Skadedatum:

Efternamn och förnamn:

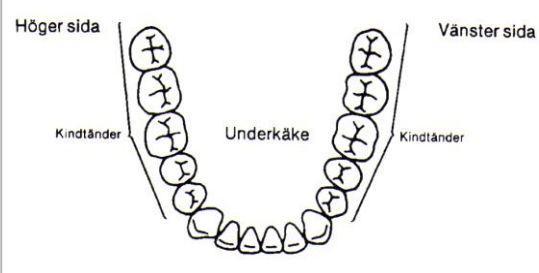
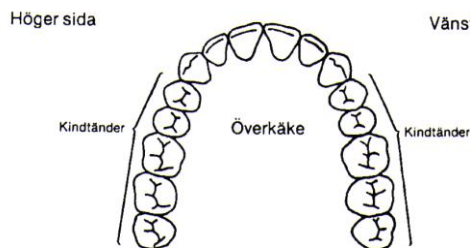
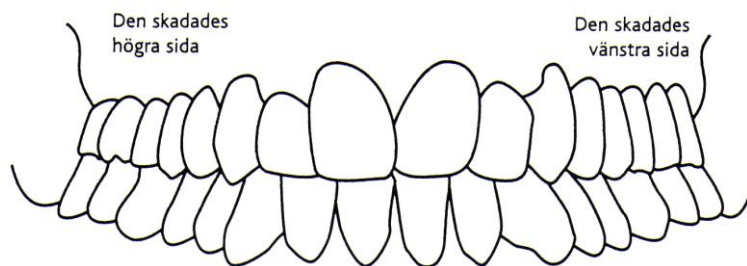
Markera nedan vilka tänder som skadats. Glöm ej att kryssa i mjölk tänder/permanenta tänder.

OBS! Intyg från tandläkare behövs INTE

Kryssa själv för på bilden vilka tänder som blivit skadade

Mjölktänder

Permanenta tänder



Ort och datum:

Namnteckning:

Målsmans namnteckning om minderårig: