

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 15. juni 2022 blev i sag nr. 97682:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Global Dental Insurance A/S
v/Dansk Tandforsikring
Jægersborg Allé 14
2920 Charlottenlund

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikrede er omfattet af en tandforsikring. I klageskema af 21/12 2021 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Jeg har startet en tandbehandling i marts 2021 (parodontalbehandling), og har været til løbende behandlinger siden. Jeg har betalt min selvrisiko i oktober 2020, og efterfølgende fået refusion for behandlinger.

Da jeg var til behandling i august og igen december 2021 opkrævede selskabet igen selvrisiko. Jeg har klaget over dette, idet jeg forklarer, at:

- 1) jeg forstår ikke, at de kan 'forny en police', som ikke er blevet afgangsført og hvor der sker løbende indbetalinger til policen? Jeg har på intet tidspunkt opsagt den, så jeg forstår ikke princippet om at de 'forny' policen. Jeg har heller ikke fået en varsel om opsigelse inden den 1. juli 2021, som jeg har taget stilling til ('Ønsker du at opsiges? Ellers så fortsætter vi din police i fra juli måned'). Så reelt set fungerer policen på denne måde, at man indtræder på et hvilket som helst tidspunkt, betaler sine opkrævninger og policen fortsætter indtil man opsiger den. Såfremt Dansk Tandforsikring mener, at policen fornyes en gang årligt, så må det skyldes, at de lægger til grund, at der indgås en ny aftale fra juli. Denne aftale er i så fald indgået ved passivitet. Jeg har ikke før juli 2021 fået en meddelelse om, at min police skal til at udgå og såfremt jeg ønsker en ny aftale, så skal jeg aktivt bekræfte dette. Jeg har bare betalt opkrævninger og policen har løbet siden. Dette taler derfor for, at selskabet ikke 'forny' policen, men at der netop er tale om en løbende police.
- 2) de bruger ligeledes dette, som argument for, at jeg hvert år skal starte om på selvrisikoen, på selv allerede igangværende behandlinger. Det vil sige, at jeg betaler selvrisikoen igen og igen for samme igangværende behandling. Det virker ikke rigtigt.

Uanset pkt. 1, så kan de ikke opkræve selvrisiko for samme behandling i et løbende kundeforhold.

Selv min tandplejer har skrevet til dem:

'Til rette vedkommende,

Jeg kan hermed bekræfte at patienten [klageren] har fået løbende paradentose behandling hos os, Tandlægerne ..., siden 5/10/20. Patienten har overholdt sine anbefalede undersøgelsesintervaller, og dermed opnået resultater med sin paradentose behandling. Der er dermed ikke lavet nye behandling på patienten, men en opfølgende behandling på paradentose hver 3. mdr. siden 5/10/20

Venlig hilsen

[tandplejer]'

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

At de anerkender, at min selvrisiko dækker for behandlingen, uanset behandlingstiden. Siden oktober 2020 har jeg været til løbende opfølgninger og er der sket en del bedring. Det kan derfor ikke være rimeligt, at jeg igen skal starte om på selvrisikoen. Selskabet spekulerer på denne måde i de situationer, hvor behandlingen sker over længere tid.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at Dansk Tandforsikrings påstande ikke kan bekræftes ved at læse deres betingelser. Der står intet om, at selvrisikoen starter om den 1. juli hvert år.

Ligeledes står der heller ikke noget om at forsikring fornys hver den 1. juli. Tværtimod står der under pkt. 13, at der kun er to situationer, hvor forsikringen automatisk ophører:

- Ophør af medlemskab af den gruppe, der berettiger til forsikringen
- Ved udgangen af det forsikringsår, hvori medlemmet fylder 85 år
- Ved forsikredes død

Jeg antager, at en automatisk 'fornyelse' den 1. juli hvert år, må kræve en automatisk/manuel opsigelse inden da, eftersom der vil ikke er nogen grund til at forny en ikke opsagt police? (Kan man overhovedet indgå aftale på grundlag af passiv accept?)"

Selskabet har i brev af 10/1 2022 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"DT fastholder, at der skal betales årlig selvrisiko, før der laves en udbetaling underordnet hvilke behandlinger, det drejer sig om.

2. DT's resumé af sagen:

[Klageren] har haft en tandforsikring hos Dansk Tandforsikring siden 01.07.20. Forsikringen er en obligatorisk ordning for alle medarbejdere, og er vedtaget via overenskomsten med [brancheorganisation]. Forsikringen dækker ikke undersøgelser, tandrensning samt bitewings, men dækker stort set alle andre almindelige tandbehandlinger umiddelbart. Kun protetiske behandlinger skadesbehandles.

Samarbejdsaftalen, der er indgået med arbejdsgiver under [brancheorganisation], er på følgende vilkår:

- Forsikringen løber et år ad gangen, og ordningen fornys hvert år pr. 1. juli.
- Forsikringen har en årlig dækningssum, præmie og selvrisiko
- Forsikringen betales af arbejdsgiver, og medarbejderne beskattes af præmien

- Forsikringen kan kun opsiges af arbejdsgiver, hvorfor der blot sendes information om fornyelse til medarbejderne.

Da [klageren] blev tilmeldt til ordningen, fik han tilsendt en velkomstmail samt police og forsikringsbetingelser. I policen fremgår det, at forsikringen er årlig, og desuden fremgår start- og udløbsdato. Derudover er der information om præmie (betalt af arbejdsgiver) og selvrisiko.

I velkomstmailen er det forklaret, hvordan regninger godtgøres, og hvordan selvrisikoen nedskrives:

Uddrag fra velkomstmail:

Godtgørelse af tandbehandlinger beregnes iht. vores erstatningspriser, som du finder i dine forsikringsbetingelser eller på vores hjemmeside under 'praktisk info – ydelseslister'. En eventuel refusion udbetales til din NemKonto.

Forsikringen er omfattet af en selvrisiko, denne fratrækkes, inden der sker en udbetaling. Selvrisikoen følger forsikringsåret og nedskrives løbende.

Siden forsikringens start, har [klageren] løbende indsendt sine tandlægeregninger, der alle er blevet godkendt og refunderet i henhold til gældende betingelser og DT's refusionspriser.

Den 16. december 2021 bliver DT kontaktet af [klageren], da han ikke forstår sin refusion og er utilfreds med, at der skal betales ny selvrisiko for forsikringsåret. Det forsøges forklaret flere gange, hvorledes forsikringen fungerer, og at selvrisikoen starter forfra, når forsikringsåret udløber.

[Klageren] er af den opfattelse, at parodontosebehandling er en igangværende behandling, hvorfor han ikke mener, at der skal betales selvrisiko hvert år.

Han ønsker derfor at klage over dette og bliver oplyst om sine klagerettigheder.

...

DT's klageinstans har imidlertid ikke modtaget en formel klage fra [klageren]. Henvendelser er udelukkende sket til og besvaret af kundeservice.

3. DT's faglige begrundelse for afgørelsen

Overordnet så er alle tandforsikringer, der tegnes hos Dansk Tandforsikring, årsforsikringer, der fornys én gang årligt, og selvrisikoen starter forfra ved fornyelsen.

Selvrisikoen nedskrives i takt med, at regninger godkendes, og det er kun refusionsberettigede behandlinger, der nedskriver selvrisikoen.

Behandlinger, der vedrører parodontose, er ingen undtagelse. Det kan være nødvendigt at behandle sygdommen fortløbende, men hvor ofte og i hvor stort et omfang afhænger af sygdomsgrad og progression. Det betyder, at parodontosebehandlinger varierer og behandles individuelt for hver patient, og hver behandling er enkeltstående og afsluttes, når regningen udskrives.

Der er også regler for, hvordan tandlæger skal registrere parodontalbehandlinger på regningen. Eksempelvis må der kun registreres én PUD (parodontal undersøgelse og diagnostik) på en regning, og tandrodsrensning på en bestemt tand, kan også kun registreres én gang på samme reg-

ning. Skulle parodontalbehandlinger laves fortløbende, som [klageren] mener, ville det være i strid med gældende regler og samtidig influere på betalingen hos tandlægen, da regningen så ville stå 'åben'. En åben regning bliver ikke nødvendigvis betalt med det samme af patienten.

På [klagerens] regninger fremgår det tydeligt, at hver parodontalbehandling er afsluttet, idet start- og slutdato for behandlingstidspunkt er den samme. Hver regning er således enkeltstående og betaling opkrævet iht. behandlingsdato.

Også i DT's administrationssystem, er der regler for hvordan, en regning skal håndteres. Når en regning behandles, så sker det udelukkende i henhold til den dato, som tandlægen har noteret for behandlingens udførelse. En behandling kan ikke overføres til et nyt forsikringsår eller godtgøres i et foregående forsikringsår. Rent systemteknisk og af sikkerhedsmæssige årsager er dette ikke en mulighed.

DT mener derfor, at [klagerens] regninger er behandlet korrekt og i henhold til den registrerede dato. Alle regninger er også behandlet i overensstemmelse med den aftale, der indgås med arbejdsgiver, de tilhørende forsikringsbetingelser samt policen."

Klageren har i beskeder af 19/1 2022 og 26/1 2022 til nævnet bl.a. anført:

- Der er tale om løbende behandlinger. Hvilket tandlægeklinikken også har oplyst selskabet (tidligere vedlagt som dokument)
- Jeg forstår ikke hvad der menes med, at forsikringen kun kan opsiges af arbejdsgiver. Jeg betaler selv for min forsikring og kan opsiges denne, hvis jeg ikke længere ønsker. Der kan være nogle overordnet rammer ift. en firmaaftale, men det skal bemærkes, at der kun kan indgås særskilte aftale med den enkelte medarbejders accept. Selvfølgelig kan jeg opsiges min aftale, hvis ikke jeg ønsker at være del af den.
- Selskabet har stadig ikke godtgjort at de kan opkræve gentagne selvrisici beløb for samme løbende behandling.

...

'Overordnet så er alle tandforsikringer, der tegnes hos Dansk Tandforsikring, årsforsikringer, der fornys én gang årligt, og selvrisikoen starter forfra ved fornyelsen.'

[Klageren]: Dette fremgår ikke nogen steder.

'... parodontosebehandlinger varierer og behandles individuelt for hver patient, og hver behandling er enkeltstående og afsluttes, når regningen udskrives.'

[Klageren]: dette fremgår ligeledes ikke nogen steder. Tandlægen beskriver, at der er tale om uafsluttede løbende behandlinger. DT's vurdering går derfor direkte mod den lægefaglige vurdering. Der er også regler for, hvordan tandlæger skal registrere parodontalbehandlinger på regningen.

...

'På [klagerens] regninger fremgår det tydeligt, at hver parodontalbehandling er afsluttet, idet start- og slutdato for behandlingstidspunkt er den samme. Hver regning er således enkeltstående og betaling opkrævet iht. behandlingsdato.'

[Klageren]: det er tydeligt at DT her forsøger at lave et smuthul, fordi de godt kan se, at deres argument ikke er holdbart. Der er ikke tale om afsluttede behandlinger. Behandlingen vedrører det samme, samme tænder og hver gang taler jeg med tandlægen om, hvad jeg skal gøre inden vores næste møde for at understøtte den løbende behandling. Dette er, som skrevet, også bekræftet af tandlægen.

Ankenævnet for Forsikring

5.

97682

Herudover er det sund fornuft og åbenlyst, at der er tale om løbende behandlinger. Jeg går til tandlægen hver 3. måned (hvilket er helt usædvanligt), der er sammenhæng mellem behandlingerne og de nævnte regler fremgår ikke nogen steder.

'Også i DT's administrationssystem, er der regler for hvordan, en regning skal håndteres.'

...

[Klageren]: DT's interne arbejdssystem, som jeg ikke har adgang eller kendskab til ændrer ikke ved deres forpligtelser over kunden.

'Alle regninger er også behandlet i overensstemmelse med den aftale, der indgået med arbejdsgiver, de tilhørende forsikringsbetingelser samt policen.'

[Klageren]: dette er ikke korrekt. Jeg har ikke modtaget de nævnte breve og er ikke enig i, at det fremgår af vilkårene, jf. min første skrivelse om 'opsigelse, opkrævning etc.'"

Selskabet har i brev af 25/1 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Parodontalbehandlinger er enkeltstående og afsluttede behandlinger. At de laves flere gange årligt og over en årrække er underordnet.

Forsikringen er obligatorisk for alle medarbejdere, der er ansat under overenskomsten med [brancheorganisation]. Der kan ikke laves særskilte aftaler med en medarbejder, og medarbejderne kan ikke egenhændigt opsige deres forsikring.

Forsikringen betales af arbejdsgiver, medarbejderen beskattes af præmien, og udbetalinger for tandbehandlinger er skattefri."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor. Af selskabets velkomstmil af 1/7 2020 til klageren fremgår bl.a.:

"Vi skal bede dig logge ind via vores hjemmeside under 'Mit DTF' med det tilsendte log-in og tjekke, om de registrerede oplysninger er korrekte. Under 'Mine informationer' kan du vælge, om du vil modtage information via e-Boks eller på mail.

Forsikringen fungerer således, at du efter et tandlægebesøg i første omgang selv betaler regningen. Efterfølgende uploader du regningen under 'Mit DTF' eller får din tandlæge til at indberette via DentalSuite, såfremt din tandlæge benytter dette system. Vi anbefaler, at du går til regelmæssig undersøgelse, da vi ved en eventuel skadebehandling kan have brug for at indhente journal og røntgen.

Godtgørelse af tandbehandlinger beregnes iht. vores erstatningspriser, som du finder i dine forsikringsbetingelser eller på vores hjemmeside under 'praktisk info – ydelseslister'. En eventuel refusion udbetales til din NemKonto.

Forsikringen er omfattet af en selvrisiko, denne fratrækkes, inden der sker en udbetaling. Selvrisikoen følger forsikringsåret og nedskrives løbende."

Af selskabets brev af 5/6 2021 til klageren fremgår bl.a.:

Ankenævnet for Forsikring

6.

97682

"Din tandforsikring er nu blevet fornyet. Den nye forsikringsperiode er 01-07-2021 – 30-06-2022"

Af selskabets mail af 17/12 2021 til klageren fremgår bl.a.:

"I april 2021 får vi en tandlægeregning fra dig på undersøgelse, tandrens og paradentosebehandlinger på 6 tænder. Du får udbetalt 658,20 kr. for paradentosebehandlingerne på de 6 tænder. Det var i sidste forsikringsår, da dit forsikringsår går fra 01/07/20 - 30/06/21. Disse behandlinger er afsluttet og der er ikke yderligere regninger, der hører til denne behandling.

Den 01/07/2021 starter et nyt forsikringsår, og den 24/8/2021 er du til tandlæge og får igen lavet en undersøgelse og tandrens (som forsikringen ikke dækker), samt 5 x tandrodsrensninger, som vi nedskriver i din selvrisiko, så der er 442,95 kr. tilbage af din selvrisiko.

Den 10/12/2021 er du til tandlæge får du igen en undersøgelse og tandrens, samt paradentosebehandlinger på 3 tænder, og vi trækker det sidste af din selvrisiko på til 995,- kr.

Tandrens og undersøgelse er ikke dækket af din forsikring, men det er tandrodsrensningerne/paradentosebehandlingerne.

Der er ingen af de regninger der er 'samme skade'. Du møder ind til jævnlige eftersyn og får behandlet de tænder du har paradentose i - det er ikke samme skade.

Du har haft forsikringen siden 01/07/2020, og vi har dækket dine tandbehandlinger, og trukket den selvrisiko som er gældende i henhold til dine betingelser."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"ORDFORKLARING

I de følgende forsikringsbetingelser har nedenstående ord følgende betydning:

Forsikrede

Forsikrede er et medlem af en gruppeordning, hvor forsikredes tænder er dækket af forsikringen. Den forsikrede vil fremgå af forsikringsbeviset.

...

Forsikringsår

Omfatter de perioder, hvor forsikringen er i kraft. Første forsikringsår løber fra forsikringens tegningstidspunkt og frem til fornyelsestidspunktet et år efter. Hvis forsikringen fortsat er i kraft, starter herefter et nyt forsikringsår, som igen løber et år og så videre.

Forsikringstiden

Omfatter hele den periode, hvor forsikringen har været i kraft fra tegningstidspunktet, og indtil forsikringen ophører.

Skade

Ved en skade forstås en opstået behandlingskrævende tilstand, der konstateres og diagnosticeres af den pågældendes tandlæge.

...

1 AFTALEN

Gruppetandforsikringen (herefter kaldet forsikringen) er etableret som en obligatorisk gruppetandforsikring tegnet i Dansk Tandforsikring A/S (herefter kaldet DT).

...

2 HVEM KAN TEGNE FORSIKRINGEN?

Alle i den virksomhed, organisation eller delgruppe, som denne gruppeforsikringsaftale vedrører, skal deltage i ordningen.

...

4 BETINGELSER FOR, AT DÆKNINGEN ER I KRAFT

Forsikringen er i kraft fra den i police eller forsikringsbevis angivne startdato.

...

7 FORSIKRINGSSUM

Forsikringssummen fremgår af policen/ forsikringsbeviset og kan pristalsreguleres med det af Danmarks Statistik offentliggjorte nettopristal (julipris-tallet).

Den samlede erstatning for et forsikringsår kan ikke overstige forsikringssummen, uanset antallet af behandlinger.

8 SELVRISIKO

Hvis forsikringen har en selvrisiko, vil denne fremgå af policen/forsikringsbeviset, og kan pristalsreguleres med det af Danmarks Statistik offentliggjorte nettopristal (julipris-tallet).

...

11 BEREKNING AF ERSTATNING

Forsikredes udgifter til behandlinger erstattes med op til de beløb, som fremgår af den på behandlingstidspunktet gældende ydelsesliste. Listen findes bagerst i disse betingelser samt under 'praktisk info' på: www.dansktandforsikring.dk

For behandlinger, hvor erstatningsbeløbet for behandlingen ikke fremgår af ydelseslisten, dækkes rimelige og nødvendige udgifter, som fastsættes af DT i det konkrete tilfælde. Den samlede erstatning for et forsikringsår beregnes som summen af dækningsberettigede udgifter for behandlinger, der er diagnosticeret/ journaliseret hos forsikredes tandlæge i det pågældende forsikringsår, fratrukket selvrisikoen eller ud fra den gældende dækningsprocent.

Det er ikke afgørende, hvornår kravet fremsættes, eller behandlingen påbegyndes eller afsluttes, men alene hvornår den behandlingskrævende tilstand er diagnosticeret/ journaliseret.

Hvis en skade eller lidelse, ud fra en normal tandlægefaglig vurdering, kræver mere end én behandling, kan dette betragtes som én samlet skade, også selvom behandlingerne gennemføres over mere end et forsikringsår. Erstatningen kan aldrig overstige de faktiske behandlingsudgifter.

12 BETALING AF PRÆMIE

Forsikringen og dens betaling sker via en kollektiv, obligatorisk gruppeaftale med forsikredes arbejdsgiver eller anden administrator af gruppeordningen.

13 HVORNÅR OPHØRER FORSIKRINGEN?

13.1 Automatisk ophør af forsikringen

Forsikringsdækningen ophører automatisk i følgende situationer:

- Ophør af medlemskab af den gruppe, der berettiger til forsikringen
- Ved udgangen af det forsikringsår, hvori medlemmet fylder 85 år
- Ved forsikredes død

13.2 Opsigelse af forsikringen

Opsigelse af forsikringen kan kun ske i henhold til den aftale om 'gruppetandforsikring', der er indgået mellem virksomheden og DT."

Nævnet udtaler:

Klageren indtrådte i en gruppetandforsikring den 1/7 2020, og selvrisikoen for dækningsberettigende tandbehandlinger var nedskrevet i oktober 2020, hvorefter klageren fik dækket tandbehandlinger fuldt ud frem til 30/6 2021. Klageren klager over, at selskabet har fratrukket selvrisiko på ny for tandbehandlinger fra den 1/7 2021.

Han ønsker, at selskabet anerkender, at selvrisikoen dækker for hans behandling uanset behandlingstiden. Han har anført, at der er tale om en løbende police, og at selvrisikoen er opbrugt. Han er ikke blevet bedt om at forny forsikringsaftalen, og han stiller sig tvivlende over for, at aftaler kan indgås ved passiv accept. Han har anført, at han er i løbende parodontalbehandling, og at selskabet ikke kan opkræve ny selvrisiko for samme igangværende behandling.

Selskabet har fastholdt, at der gælder en årlig selvrisiko for forsikringen. Selskabet har anført, at der er tale om en obligatorisk gruppetandforsikring tegnet og betalt af klagerens arbejdsgiver. Ifølge samarbejdsaftalen med arbejdsgiveren løber forsikringen for et år ad gangen og fornyes hvert år den 1/7, og forsikringen har en årlig dækningssum, præmie og selvrisiko. Forsikringen kan kun opsiges af arbejdsgiveren, og der sendes information til de forsikrede medarbejdere om fornyelse. Selskabet har anført, at parodontalbehandlinger varierer og behandles individuelt for hver patient, og at hver behandling er enkeltstående og afsluttes, når regningen udskrives. På klagerens regninger fremgår det tydeligt, at hver parodontalbehandling er afsluttet, idet

Ankenævnet for Forsikring

9.

97682

start- og slutdato for behandlingen er den samme. Hver regning er således enkeltstående og betaling opkrævet i henhold til behandlingsdatoen.

Af udtalelse fra klagerens tandplejer fremgår det, at "Jeg kan hermed bekræfte, at patienten [klageren] har fået løbende parendontose behandling hos os, Tandlægerne ..., siden 5/10 2020. Patienten har overholdt sine anbefalede undersøgelsesintervaller, og dermed opnået resultater med sin parendontose behandling. Der er dermed ikke lavet ny behandling på patienten, men en opfølgende behandling på parendontose hver 3. mdr. siden 5/10 2020".

Det følger af forsikringsbetingelsernes punkt 1, 2 og 13.2, at aftalen er en obligatorisk gruppe-tandforsikring, at alle i den virksomhed, som gruppeforsikringsaftalen vedrører, skal deltage i ordningen, og at opsigelse af forsikringen kun kan ske i henhold til den aftale om gruppetand-forsikring, der er indgået mellem virksomheden og selskabet.

Det fremgår af ordforklaringen i forsikringsbetingelserne, at forsikringsåret "omfatter de perio-der, hvor forsikringen er i kraft. Første forsikringsår løber fra forsikringens tegningstidspunkt og frem til fornyelsestidspunktet et år efter. Hvis forsikringen fortsat er i kraft, starter herefter et nyt forsikringsår, som igen løber et år og så videre".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 7, at "den samlede erstatning for et forsikringsår kan ikke overstige forsikringssummen, uanset antallet af behandlinger". Det fremgår af forsik-ringsbetingelsernes punkt 11, at "Den samlede erstatning for et forsikringsår beregnes som summen af dækningsberettigede udgifter for behandlinger, der er diagnosticeret/journaliseret hos forsikredes tandlæge i det pågældende forsikringsår fratrukket selvrisikoen ... Hvis en skade eller lidelse, ud fra en normal tandlægefaglig vurdering, kræver mere end én behandling, kan dette betragtes som én samlet skade, også selvom behandlingen gennemføres over mere end et forsikringsår. Erstatningen kan aldrig overstige de faktiske behandlingsudgifter".

Ankenævnet for Forsikring

10.

97682

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at det fremgår med tilstrækkelig tydelighed af forsikringsbetingelserne, at forsikringen er opdelt i forsikringsår, og at den fornyes hvert år, hvorefter der gælder en ny forsikringssum og en ny selvrisiko. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har beregnet ny selvrisiko fra den 1/7 2021.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det er sædvanligt, at forsikringer tegnes for perioder på et år og fornyes automatisk, medmindre forsikringen forinden opsiges. Det er klagerens arbejdsgiver – der er forsikringstageren – som kan beslutte, at forsikringen opsiges.

Nævnet har også lagt vægt på, at klagerens parodontalbehandlinger må anses for at være enkeltstående behandlinger, idet behandlingen er afsluttet, når undersøgelsen og tandrodsrensning er udført. Nævnet bemærker, at tandlægen udsteder en regning for hver undersøgelse. At behandlingerne er tilbagevendende, kan ikke føre til andet resultat.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Peter Thønnings