

Personnummer, år (4 siffror), mån, dag, nummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tandläkarutlåtande (fortsättning från föregående sida)

OBS! För att Patientförsäkringen LÖF ska kunna utreda anmäld skada ber vi er bifoga eventuellt beställda medicinska handlingar.

Utlåtandet skickas till: Patientförsäkringen LÖF, Box 17830, 118 94 Stockholm