

Zahnschäden gemäss KVG Befunde / Kostenvoranschlag

Adresse des Versicherers:

Versicherungs-Nr.
Name/Vorname
Adresse
Geb.-Datum

Telefon
Sachbearbeiter Hr./Fr.

Zahnarzt:

1. Zahnappell

zur Zeit der Berichterstattung (fehlende Zähne streichen)	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	55 54 53 52 51 61 62 63 64 65
	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

2. Unfall

Unfalldatum: _____ **Befundaufnahme-Datum:** _____

Unfallhergang: _____

3. Unfallbedingte Befunde

- | | | | |
|-----|--|-------|--|
| 3.1 | totalluxiert (verloren) | | |
| 3.2 | luxiert (verlagert) | | |
| 3.3 | subluxiert (gelockert) | | |
| 3.4 | kontusioniert (angeschlagen) | | |
| 3.5 | Kronenfraktur ohne Pulpabeteiligung | | |
| 3.6 | Kronenfraktur mit Pulpabeteiligung | | |
| 3.7 | Wurzelfraktur | | |
| 3.8 | Kieferknochen oder Weichteile | _____ | |
| 3.9 | Beschädigter Zahnersatz / beschädigte kieferorthopäd. Apparaturen (genaue Angaben über Art der Arbeit bzw. Apparatur und Ausmass des Schadens) | _____ | |

KVG: Diagnose: _____

_____ **KLV Art.:** _____ **lit.** _____ **Ziff.** _____ **Arztbericht: ja / nein**

4. Befundaufnahme für Unfälle und Erkrankungen gemäss KVG

- | | | | | | |
|-----|---|-------|------|--|--|
| 4.1 | nicht ersetzte, fehlende Zähne | ja | nein | | |
| 4.2 | nicht behandelte, defekte Zähne | ja | nein | | |
| 4.3 | gefüllte Zähne | ja | nein | | |
| 4.4 | parodontal geschädigte Zähne | ja | nein | | |
| 4.5 | Kronen, Brücken, Prothesen, Kieferorthopäd. Apparaturen (Art und Umfang des Ersatzes, bzw. Apparatur, genaue Umschreibung). | _____ | | | |
| | | _____ | | | |

Bitte wenden!!!

5. Sofortmassnahmen

Diagnostische Massnahmen mit Befundangabe (Röntgen, Vitalität, Beweglichkeit auch von Nachbarzähnen und Antagonisten).

Therapeutische Massnahmen

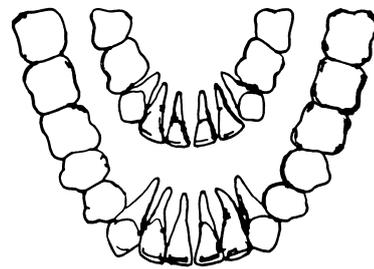
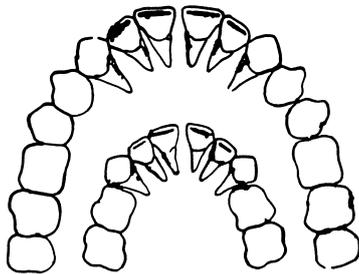
6. Vorschläge für die Zwischenbehandlung – voraussichtlich weiterer Verlauf

- Beobachtung während mindestens _____ Jahren nötig.
- Kieferorthopäd. Behandlung durch Unfall nötig geworden oder erschwert. Beizug Kieferorthopäde SSO vorbehalten.
- Definitive Versorgung kann voraussichtlich erst nach Beobachtungszeit von _____ geplant werden.

7. Vorschläge für die definitive Versorgung (sofern im Zeitpunkt dieses Berichtes möglich)

8. Schema des Ersatzes (vom Zahnarzt auszufüllen)

rechts Oberkiefer links rechts Unterkiefer links



9. Kostenvoranschlag (Ziffern für notfallmässig bereits ausgeführte Behandlungen mit * bezeichnen)

Zahn Nr.	Tarif Ziffer	Behandlungsart	Taxpunkte	Zahn Nr.	Tarif Ziffer	Behandlungsart	Taxpunkte
				Übertrag			
						Total Taxpunkte	
						x Taxpunktwert Fr.	= Fr.
						hiezukommen die Laborkosten	

Ort und Datum:

Unterschrift des Zahnarztes:

Ohne Gegenbericht innert 10 Arbeitstagen gilt der Kostenvoranschlag als genehmigt.
 Allfällige Röntgenbilder sind (mit Namen, Datum und Nummer der Zähne) diesem Formular beizulegen.