

## Zahnschäden: Befunde/Kostenvoranschlag

Dieses Formular ist von Ihrem Zahnarzt auszufüllen.

<b>Versicherte Person</b>	Name, Vorname
	Versicherten-Nr.
	Unfalldatum
	Helsana-Gruppe
	Service Center
	Zahngruppe Postfach, 8081 Zürich

**1 Datum der 1. Befundaufnahme** \_\_\_\_\_

**Unfallhergang** \_\_\_\_\_

**2 Zahnappell zur Zeit der Berichterstattung** (fehlende Zähne ankreuzen)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

**3**  **Zustand aller Zähne vor dem Zahnschaden**

---

**Zustand aller Zähne vor Zeit der Berichterstattung**  
(falls Vorzustand nicht bekannt)

**wurzelbehandelte Zähne**

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

**nicht behandelte, defekte Zähne**

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

**gefüllte Zähne**

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

**parodontal geschädigte Zähne**

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

**Kronen, Brücken**

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

**Prothesen**

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

**Art der kieferorthopädischen Apparatur**

**4 Unfallbedingte Befunde** (ankreuzen) Für die Milchzähne bitte Quadrantenbezeichnung 5 bis 8 verwenden

**a) Zähne**

**totalluxiert (verloren)**

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

**luxiert (verlagert)**

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

**subluxiert (gelockert)**

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

**kontusioniert (angeschlagen)**

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

**Kronenfraktur ohne Pulpabeteiligung**

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

**Kronenfraktur mit Pulpabeteiligung**

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

**Wurzelfraktur**

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Versicherte Person

Name, Vorname

Versicherten-Nr.

4 b) Kieferknochen oder Weichteile

c) Beschädigter Zahnersatz/ Beschädigte kieferorthopädische Apparaturen (genaue Angaben über Art der Arbeit bzw. Apparatur und Ausmass des Schadens)

5 Sofortmassnahmen

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

b) Therapeutische Massnahmen

6 Vorschläge für die Zwischenbehandlung, voraussichtlicher weiterer Verlauf

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

7 Vorschläge für definitive Versorgung (sofern im Zeitpunkt dieses Berichts möglich)

8 Schema des Ersatzes (vom Zahnarzt auszufüllen)

rechts Oberkiefer links rechts Unterkiefer links



9 Kostenvoranschlag

Ziffern für notfallmässig bereits ausgeführte Behandlung mit\* bezeichnen

Table with 8 columns: Zahn-Nr., Tarif Ziffer, Behandlungsart, Taxpunkte, Zahn-Nr., Tarif Ziffer, Behandlungsart, Taxpunkte. Includes rows for 'Übertrag', 'Total Taxpunkte', and 'x Taxpunkte CHF = CHF'.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Allfällige Röntgenbilder sind (mit Namen und Nummer der Zähne) diesem Formular beizulegen. Das Doppel ist für den Zahnarzt bestimmt.