

Zahnschäden: Befunde/Kostenvoranschlag

Dieses Formular ist von Ihrem Zahnarzt auszufüllen.

Versicherte Person	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 Quadratenbezeichnung 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

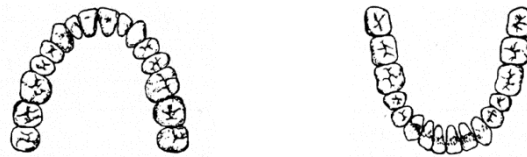
6 Vorschläge für die Zwischenbehandlung, voraussichtlicher weiterer Verlauf

- 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 a calculation for 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.