

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 (geloockert)

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

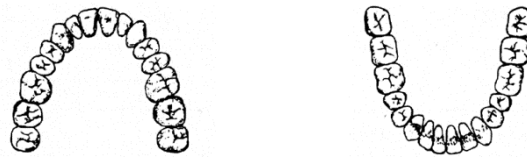
6 Vorschläge für die Zwischenbehand-
lung, voraussichtlicher weiterer
Verlauf

- 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

Zahn-Nr.	Tarif Ziffer	Behandlungsart	Tax-punkte	Zahn-Nr.	Tarif Ziffer	Behandlungsart	Tax-punkte
				Übertrag			
				Total Taxpunkte			
				x Taxpunkte CHF			= CHF
				Hierzu kommen die Laborkosten			

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.