

## Zahnschäden: Befunde/Kostenvoranschlag Unfallversicherung UVG

**Versicherte Person**

Name, Vorname

Schaden-Nummer

Schadendatum

Helsana Unfall AG  
Kundenservice Unternehmen  
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 (gелockert)

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

b) Kieferknochen oder Weichteile

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Schaden-Nummer

Name, Vorname

4 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

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