

Lésions dentaires: Constatations/Devis

Ce formulaire doit être rempli par votre dentiste.

Personne assurée	Nom, prénom
	N° d'assuré(e)
	Accident du
	Groupe Helsana
	Centre de services
	Groupe Dentaire Avenue de Provence 15, 1007 Lausanne

1 Date de la première consultation _____
Déroulement de l'accident _____

2 État des dents au moment de l'établissement du rapport (les dents manquantes doivent être cochées)

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 **État de toutes les dents avant la lésion dentaire**

État de toutes les dents au moment de l'établissement du rapport (si état antérieur inconnu)

Dents avec traitement de racine

Dents défectueuses non traitées

Dents réparées

Dents atteintes de parodontose

Couronnes, ponts

Prothèses

Genre de l'appareil orthopédique maxillaire

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

4 Dommages dus à l'accident (cocher) Pour les dents de lait, prière d'utiliser les positions 5–8

a) Dents

totalemment luxées (perdues)

luxées (déplacées)

subluxées (devenues branlantes)

contusionnées (heurtées)

frac. de couronne sans lésion de la pulpe

frac. de couronne avec lésion de la pulpe

fracture de racine

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

Suite à la page suivante

Personne assurée

Nom, prénom

N° de sinistre

4 b) Os maxillaire ou parties molles

c) Dommage à des prothèses ou dents artificielles/dommage à des appareils ortho-pédiques maxillaires (indications précises du genre de travaux resp. de l'appareil et de l'étendue du dommage)

5 Mesures immédiates

a) Mesures diagnostiques et résultats (radiographies, tests de vitalité, mobilité des dents voisines et antagonistes)

b) Mesures thérapeutiques

6 Propositions pour le traitement inter-médiaire, évolution ultérieure probable

- Observation nécessaire pendant au moins année(s).
Traitement d'orthopédie maxillaire devenu nécessaire ou rendu plus compliqué par suite de l'accident. La consultation d'un spécialiste SSO en orthopédie maxillaire reste réservée.
Un traitement définitif ne pourra être envisagé qu'après une période d'observation de:

7 Propositions pour le traitement définitif (pour autant que cela soit possible au moment de la rédaction de ce

8 Schéma des travaux envisagés (à remplir par le dentiste)

droit mâchoire gauche droit mâchoire gauche supérieure inférieure



9 Devis

marquer d'un* les chiffres correspondant aux prestations déjà exécutées

Table with 8 columns: Dent N°, Chiffre tarif, Genre de traitement, Points, Dent N°, Chiffre tarif, Genre de traitement, Points. Includes a 'Total points' row and a calculation row for CHF value.

Lieu et date

Timbre et signature

Les radiographies éventuelles (portant le nom et le numéro des dents) doivent être jointes au présent formulaire. Le médecin-dentiste conserve le double pour son dossier.