

## Zahnschäden gemäss KVG Befunde / Kostenvoranschlag

<b>Versicherte Person</b>	Name, Vorname
Versicherten-Nr.	Strasse, Nr.
Geburtsdatum	PLZ, Ort
<b>Adresse des Versicherers</b>	Helsana-Gruppe Service Center, Zahngruppe, Postfach, 8081 Zürich
	Sachbearbeiter Herr/Frau
	Telefon

### Zahnarzt

<b>1 Zahnappell</b> zur Zeit der Berichterstattung (fehlende Zähne streichen)	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

<b>2 Unfall</b>	Unfalldatum	Befundaufnahme-Datum
Unfallhergang		

### 3 Unfallbedingte Befunde

3.1	totalluxiert (verloren)	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
3.2	luxiert (verlagert)	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
3.3	subluxiert (geloockert)	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
3.4	kontusioniert (angeschlagen)	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
3.5	Kronenfraktur ohne Pulpabeteiligung	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
3.6	Kronenfraktur mit Pulpabeteiligung	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
3.7	Wurzelfraktur	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
3.8	Kieferknochen oder Weichteile	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
3.9	Beschädigter Zahnersatz / beschädigte kieferorthopäd. Apparaturen (genaue Angaben über Art der Arbeit bzw. Apparatur und Ausmass des Schadens)		

**KVG: Diagnose:**

Arztbericht:  Ja  Nein KLV Art. lit. Ziff.

### 4 Befundaufnahme für Unfälle und Erkrankungen gemäss KVG

4.1	nicht ersetzte, fehlende Zähne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
4.2	nicht behandelte, defekte Zähne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
4.3	gefüllte Zähne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
4.4	parodontal geschädigte Zähne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
4.5	Kronen, Brücken, Prothesen, Kieferorthopäd. Apparaturen (Art und Umfang des Ersatzes, bzw. Apparatur, genaue Umschreibung).			

<b>Versicherte Person</b>	Versicherten-Nr. _____
	Name, Vorname _____

**5 Sofortmassnahmen** Diagnostische Massnahmen mit Befundangabe (Röntgen, Vitalität, Beweglichkeit auch von Nachbarzähnen und Antagonisten).

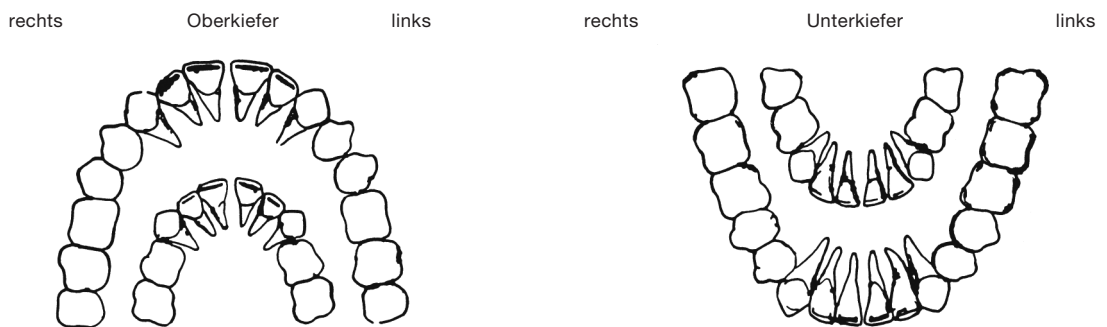
Therapeutische Massnahmen \_\_\_\_\_

**6 Vorschläge für die Zwischenbehandlung – voraussichtlich weiterer Verlauf**

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

**7 Vorschläge für die definitive Versorgung** (sofern im Zeitpunkt dieses Berichtes möglich)

**8 Schema des Ersatzes** (vom Zahnarzt auszufüllen)



**9 Kostenvoranschlag** (Ziffern für notfallmässig bereits ausgeführte Behandlungen 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 \_\_\_\_\_

**Ohne Gegenbericht innert 10 Arbeitstagen gilt der Kostenvoranschlag als genehmigt.**  
 Allfällige Röntgenbilder sind (mit Namen, Datum und Nummer der Zähne) diesem Formular beizulegen.