

ZAHNSCHADEN

ZAHNSCHÄDEN GEMÄSS KVG – BEFUNDE/KOSTENVORANSCHLAG.

Name Adresse des Versicherers
Vorname
Versicherungsnummer
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)
Strasse/Nr. Telefon
PLZ/Ort
Telefon Sachbearbeiter/in (Hr./Fr.)
Zahnärztin/Zahnarzt

1. ZAHNAPPELL

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

2. UNFALL

Unfalldatum Befundaufnahme-Datum
Unfallhergang

3. UNFALLBEDINGTE SCHÄDEN

- 3.1 totalluxiert (verloren)
- 3.2 luxiert (verlagert)
- 3.3 subluxiert (geloockert)
- 3.4 kontusioniert (angeschlagen)
- 3.5 Kronenfraktur ohne Pulpabeteiligung
- 3.6 Kronenfraktur mit Pulpabeteiligung
- 3.7 Wurzelfraktur
- 3.8 Kieferknochen oder Weichteile

- 3.9 Beschädigter Zahnersatz/beschädigte kieferorthopäd. Apparaturen (genaue Angaben über Art der Arbeit bzw. Apparatur und Ausmass des Schadens)

KVG

Diagnose

KLV-Art.:

lit.

Ziff.

Arztbericht

ja

nein

4. BEFUNDAUFNAHME FÜR UNFÄLLE UND ERKRANKUNGEN GEMÄSS KVG

- | | | | |
|-----|--|----|------|
| 4.1 | nicht ersetzte, fehlende Zähne | ja | nein |
| 4.2 | nicht behandelte, defekte Zähne | ja | nein |
| 4.3 | gefüllte Zähne | ja | nein |
| 4.4 | parodontal geschädigte Zähne | ja | nein |
| 4.5 | Kronen, Brücken, Prothesen,
kieferorthopäd. Apparaturen
(Art und Umfang des Ersatzes bzw.
der Apparatur, genaue Umschreibung) | | |

5. SOFORTMASSNAHMEN

Diagnostische Massnahmen mit Befundangabe (Röntgen, Vitalität, Beweglichkeit auch von Nachbarzähnen und Antagonisten)

Therapeutische Massnahmen

6. VORSCHLÄGE FÜR DIE ZWISCHENBEHANDLUNG – VORAUSSICHTLICHER WEITERER VERLAUF

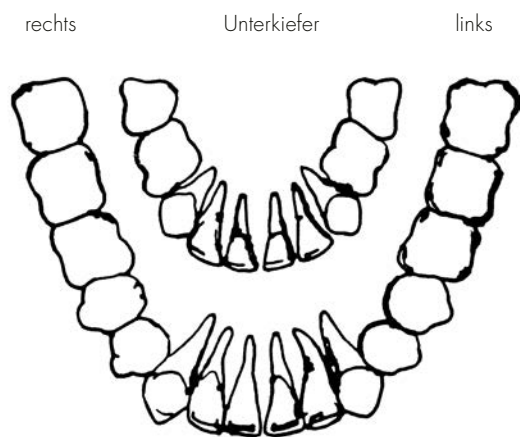
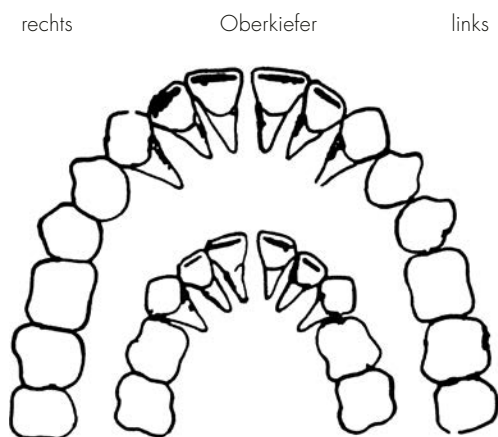
Beobachtung während mindestens Jahren nötig.

Kieferorthopäd. Behandlung durch Unfall nötig geworden oder erschwert. Bezug Kieferorthopädin/-orthopäde SSO vorbehalten.

Definitive Versorgung kann voraussichtlich erst nach Beobachtungszeit von geplant werden.

7. VORSCHLÄGE FÜR DIE DEFINITIVE VERSORGUNG (sofern zum Zeitpunkt dieses Berichts möglich)

8. SCHEMA DES ERSATZES (von Zahnärztin/Zahnarzt auszufüllen)



9. KOSTENVORANSCHLAG (Ziffern für notfallmässig bereits ausgeführte Behandlungen mit * bezeichnen)

Zahn-Nr.	Tarifziffer	Behandlungsart	Taxpunkte	Zahn-Nr.	Tarifziffer	Behandlungsart	Taxpunkte
----------	-------------	----------------	-----------	----------	-------------	----------------	-----------

Übertrag

Total Taxpunkte

× Taxpunktwert Fr. = Fr.

hiezukommen die Laborkosten

Ort/Datum

Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes

Ohne Gegenbericht innert 10 Arbeitstagen gilt der Kostenvoranschlag als genehmigt.

Allfällige Röntgenbilder sind (mit Name, Datum und Nummer der Zähne) diesem Formular beizulegen.