

# 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 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	55 54 53 52 51 85 84 83 82 81	61 62 63 64 65 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 (gelockert)
- 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 kieferorthopädische  
 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,<br>kieferorthopädische Apparaturen<br>(Art und Umfang des Ersatzes bzw.<br>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

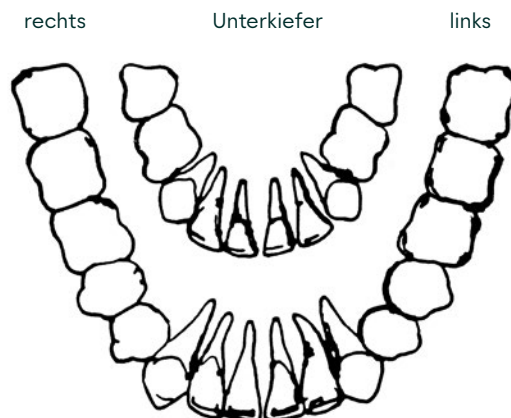
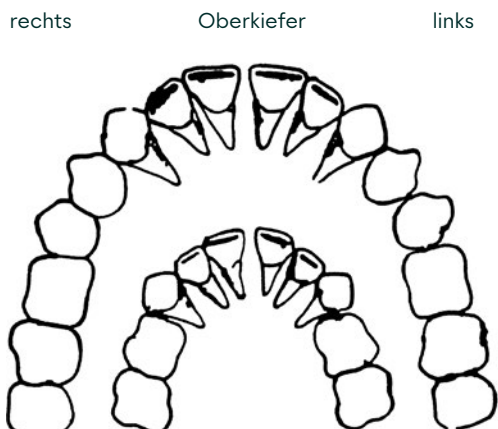
Beobachtung während mindestens                      Jahren nötig.

Kieferorthopäd. Behandlung durch Unfall nötig geworden oder erschwert. Beizug 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

× Taxpunktwerk Fr. = Fr.

hinzu kommen 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.