

Militärversicherung Zahnschaden: Befund

suva

Versicherten-Nr.:
Krankheits-/Unfall-Datum:

Versicherter:	Sozialversicherungs-Nr.:	Geburtsdatum / Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Name:	Vorname:	E-Mail:
Strasse & Nr.:	PLZ:	Wohnort:

1. Unfallhergang Datum der 1. Befundaufnahme: _____

2. Zahnappell

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

3. Unfallbedingte Befunde (falls kein Unfall weiter zu Punkt 4)

3.1.1 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
3.1.2 Zähne 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
3.1.3 Zähne subluxiert (geloockert)	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
3.1.4 Zähne 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
3.1.5 Zähne 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
3.1.6 Zähne 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
3.1.7 Zähne 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

3.2 Kieferknochen oder Weichteile

3.3 Beschädigter Zahnersatz/Beschädigte kieferorthopädische Apparaturen (genaue Angabe über Art der Arbeit bzw. Apparatur und Ausmass des Schadens)

4. Krankheitsbedingte Befunde

- 4.1 KVG-Diagnose
- 4.2 KLV-Artikel lit. Ziff.
- 4.3 Arztbericht nein ja

5. Zustand des geschädigten Zahns vor Erkrankung/Unfall

6. Zustand der übrigen Zähne Bitte auch Vermerk, wenn in der betreffenden Rubrik nichts zu beanstanden ist.

	nein	ja																		
6.1 nicht ersetzte, fehlende Zähne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche.....	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
6.2 nicht behandelte, defekte Zähne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche.....	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
6.3 gefüllte Zähne.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche.....	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
6.4 parodontal geschädigte Zähne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche.....	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

6.5 Kronen, Brücken, Prothesen, kieferorthopäd. Apparaturen (Art und Umfang des Ersatzes, bzw. Apparatur, genau umschreiben)

7. Sofortmassnahmen

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

7. Sofortmassnahmen

7.2 Therapeutische Massnahmen

[Empty space for therapeutic measures]

8. Vorschläge für die Zwischenbehandlung - voraussichtlicher Verlauf (bitte begründen)

Beobachtung während mindestens [] Jahren nötig.

Kieferorthopäd. Behandlung durch Unfall nötig geworden oder erschwert. Bezug Kieferorthopäde SSO vorbehalten

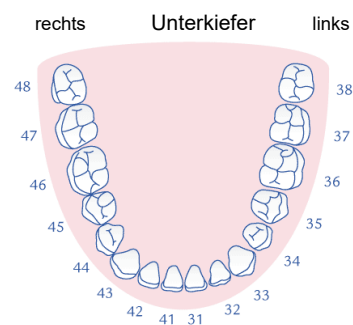
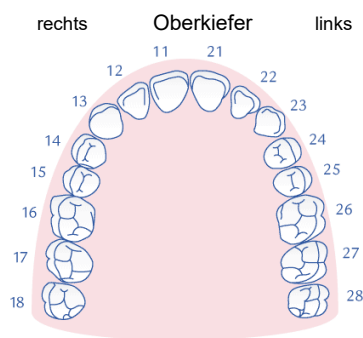
Definitive Versorgung kann voraussichtlich erst nach Beobachtungszeit von [] geplant werden.

[Empty space for justification]

9. Vorschläge für die definitive Versorgung (sofern im Zeitpunkt dieses Berichtes möglich)

[Empty space for definitive treatment proposals]

10. Schema des Ersatzes (vom Zahnarzt auszufüllen)



Datum: []

Zahnärztin/
Zahnarzt: []

Mail: [] Tel.: []

Unterschrift: _____
bei elektronischer Einsendung unnötig

GLN: [] ZSR: []

Hinweis: Der Kostenvoranschlag respektive die Rechnung kann mittels Medidata elektronisch an die Militärversicherung gesendet werden. GLN-Nr. 7601003003130

Mit dem Knopf «Daten absenden»
senden Sie das aktuelle Formular
rechtsgültig an die MV.

[Empty box for data submission]