

Zahnschaden: Befund



Bitte Kostengutsprache der Suva abwarten, soweit nicht Sofortmassnahmen zu treffen sind.

Schadensnummer:

Unfalldatum/-zeit:

Arbeitgeber	Telefon:								
	Fax:								
Verletzte/r Vor-/Nachname, Strasse, PLZ Ort:	Geschlecht:								
	AHV-/SV-Nr.:								
	Geburtsdatum:								
1. Unfallhergang Datum der 1. Befundaufnahme:									
2. Zahnappell									
zur Zeit der Berichterstattung (fehlende Zähne streichen)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">18 17 16 15 14 13 12 11</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">21 22 23 24 25 26 27 28</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">55 54 53 52 51</td> <td style="text-align: center;">61 62 63 64 65</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">48 47 46 45 44 43 42 41</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">31 32 33 34 35 36 37 38</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">85 84 83 82 81</td> <td style="text-align: center;">71 72 73 74 75</td> </tr> </table>	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
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									
3.1.1 Zähne totalluxiert (verloren)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr> </table>	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								
3.1.2 Zähne luxiert (verlagert)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr> </table>	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								
3.1.3 Zähne subluxiert (geloockert)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr> </table>	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								
3.1.4 Zähne kontusioniert (angeschlagen)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr> </table>	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								
3.1.5 Zähne Kronenfraktur ohne Pulpabeteiligung	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr> </table>	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								
3.1.6 Zähne Kronenfraktur mit Pulpabeteiligung	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr> </table>	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								
3.1.7 Zähne Wurzelfraktur	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr> </table>	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								
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. Zustand der übrigen Zähne

nein ja

Bitte auch Vermerk, wenn in der betreffenden Rubrik nichts zu beanstanden ist.

4.1 nicht ersetzte, fehlende Zähne.....

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

4.2 nicht behandelte, defekte Zähne.....

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

4.3 gefüllte Zähne.....

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

4.4 parodontal geschädigte Zähne.....

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

5. Sofortmassnahmen

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

5.2 Therapeutische Massnahmen

6. 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

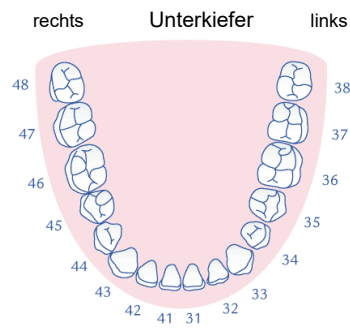
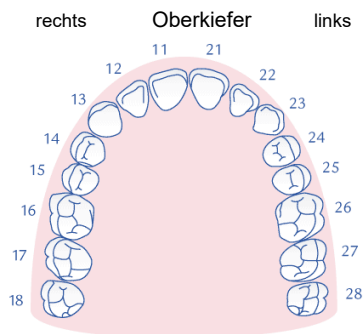
Defin. Versorgung kann voraussichtlich erst nach Beobachtungszeit von geplant werden.

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

Bei gewünschter Implantat-Behandlung bitten wir Sie folgende Dokumentation diesem Formular beizulegen: 2 aktuelle Bite-Wings, ein intraorales Foto der zu implantierenden Stelle mit Sicht auf die Gingiva, sowie ein Übersichtsbild OK/UK von vorne bei geschlossener Zahnreihe.

8. Schema des Ersatzes (vom Zahnarzt auszufüllen)

Zahnröntgenbilder sind -angeschrieben mit Namen, Datum und Nr. der Zähne- diesem Formular beizulegen



Datum: Zahnärztin/
Zahnarzt:

Unterschrift: _____
bei elektronischer Einsendung unnötig

GLN:

ZSR:

Tel.:

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt elektronisch an die Suva.