

Zahnschäden gemäss Grundversicherung (KVG)



Befunde/Kostenvoranschlag

Agentur/Nummer

Kundennummer

Zahnarzt

Adresse der versicherten Person

Herr

Frau

Vorname

Name

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Zahlstellennummer

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 Befunde

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 kieferorthopäd. Apparaturen (genaue Angaben über Art der Arbeit bzw. Apparatur und Ausmass des Schadens)

Grundversicherung (KVG) Diagnose:

KLV Art.:

Ziff.

lit.

Arztbericht:

Ja

Nein

4 Befundaufnahme für Unfälle und Erkrankungen gemäss Grundversicherung (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. Apparatur, genaue Umschreibung).

Bitte wenden!

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 – voraussichtlich weiterer Verlauf

Beobachtung während mindestens [] Jahren nötig.

Kieferorthopädische Behandlung durch Unfall nötig geworden oder erschwert. Beizug Kieferorthopädie SSO vorbehalten.

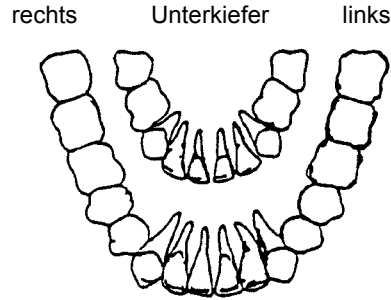
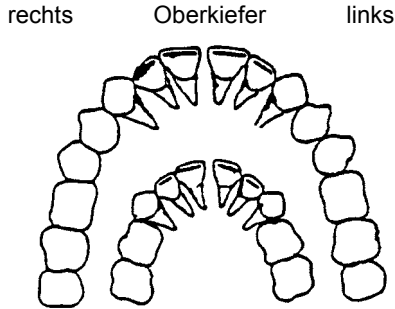
Definitive Versorgung kann voraussichtlich erst nach einer Beobachtungszeit von [] geplant werden.

7 Vorschläge für die definitive Versorgung (sofern zum Zeitpunkt dieses Berichts möglich)

[]

[]

8 Schema des Ersatzes (vom Zahnarzt auszufüllen)



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

Zahn Nr.	Tarif Ziffer	Behandlungsart	Taxpunkte	Zahn Nr.	Tarif Ziffer	Behandlungsart	Taxpunkte	
				Übertrag				
				Total Taxpunkte				
				x Taxpunktwert CHF		=	CHF	
			Hierzu kommen die Laborkosten					

Ort/Datum

[]

Unterschrift des Zahnarztes

[]

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