

Es ist die Kostengutsprache der SOLIDA abzuwarten, ausgenommen Notfallbehandlungen.

Falldossier-Nr.: _____ Unfalldatum: _____

VERSICHERUNGSNEHMER

Name _____ Postleitzahl/Ort _____
 Strasse, Nr. _____ Telefon/Fax _____

VERSICHERTER

Name _____ Geschlecht männlich weiblich
 Vorname _____ AHV-/SV-Nr. _____
 Strasse, Nr. _____ Geburtsdatum _____
 Postleitzahl/Ort _____ Beruf _____

1 UNFALLHERGANG

Datum der 1. Befundaufnahme _____

2 ZAHNAPPELL zur Zeit der Berichterstattung (fehlende Zähne ankreuzen)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35

3 UNFALLBEDINGTE BEFUNDE

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 (gelockert)	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 ZUSTAND DER ÜBRIGEN ZÄHNE Bitte auch Vermerk, wenn in der betreffenden Rubrik nichts zu beanstanden ist.

4.1	nicht ersetzte, fehlende Zähne	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
4.2	nicht behandelte, defekte Zähne	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
4.3	gefüllte Zähne	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
4.4	parodontal geschädigte Zähne	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

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

5 SOFORTMASSNAHMEN

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

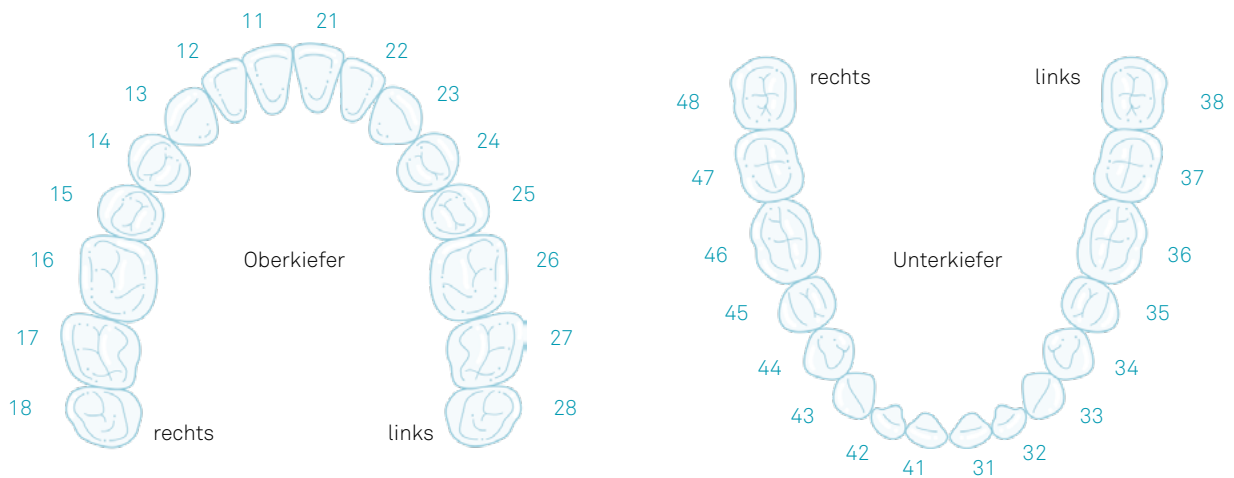
5.2 Therapeutische Massnahmen

6 VORSCHLÄGE FÜR DIE ZWISCHENBEHANDLUNG – VORAUSSICHTLICHER VERLAUF (bitte begründen)

- Beobachtung während mindestens _____ Jahr(en) nötig.
- Kieferorthopädische Behandlung durch Unfall nötig geworden oder erschwert.
Beizug Kieferorthopäde SSO vorbehalten
- Definitive Versorgung kann voraussichtlich erst nach Beobachtungszeit von _____ geplant werden.

7 VORSCHLÄGE FÜR DIE DEFINITIVE VERSORGUNG (sofern im Zeitpunkt dieses Berichtes möglich)

8 SCHEMA DES ERSATZES (vom Zahnarzt auszufüllen)



Ort/Datum _____
Telefon _____

Zahnärztin/Zahnarzt _____
Unterschrift/Stempel _____