|  |  |
| --- | --- |
| Unfallversicherungsträger: | […]  |
| Name, Vorname: | […] |
| Aktenzeichen: | […] |

**Bericht Zahnschaden**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Befund des Gebisses | Erläuterungen: | f = fehlender Zahn)( = Lückenschlusse = bereits ersetzter Zahnx = nicht erhaltungswürdiger Zahn | k = vorhandene Kroneb = vorhandenes Brückengliedw = erkrankter, aber  erhaltungswürdiger Zahn |
| 1.1 | Zustand des Gebisses vor dem Unfall/der Erkrankung |
|  | 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 |  |
|  |  | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |  |
|  |  | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … |  |
|  | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … |
|  | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| 1.2 | Unfall-/Erkrankungsbefund |
|  | 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 |  |
|  |  | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |  |
|  |  | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … |  |
|  | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … | … |
|  | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| 2 | Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang/zur Erkrankung: |
|  | […] |
| 3 | Wann nahm die versicherte Person Sie erstmals in Anspruch (Datum/Uhrzeit)? |
|  | […] |
| 4 | Welche Behandlungsmaßnahmen sind wegen der Erkrankungs-/Unfallfolgen derzeit erforderlich oder wurden bereits durchgeführt? |
|  | […] |
| 5 | Ist wegen der Erkrankungs-/Unfallfolgen voraussichtlich eine weitere Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt angezeigt? |
|  | [ ]  nein | [ ]  nicht absehbar | [ ]  ja, am […] |
|  | Welche Behandlung? |
|  | […] |
| **Datenschutz:**Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. |
| […] |  | **Gebühr 24,74 EUR** |
| Ort, Datum |  | **Institutionskennzeichen (IK)** |
| […] |  | […]**Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) – |
| Unterschrift und Stempel |  |  |