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

**Bericht Zahnschaden**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Befund des Gebisses | | | | | Erläuterungen: | | | | | | f = fehlender Zahn  )( = Lückenschluss  e = bereits ersetzter Zahn  x = nicht erhaltungswürdiger Zahn | | | | | | | | | | | | k = vorhandene Krone  b = vorhandenes Brückenglied  w = 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 | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |