

Unfallversicherungsträger: _____

Name, Vorname: _____

Aktenzeichen: _____

Bericht Zahnschaden

- 1 Befund des Gebisses Erläuterungen: f = fehlender Zahn k = vorhandene Krone
(= Lückenschluss b = vorhandenes Brückenglied
e = bereits ersetzter Zahn w = erkrankter, aber erhaltungswürdiger Zahn
x = nicht 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 des Versicherten zum Unfallhergang/zur Erkrankung:
- 3 Wann nahm der Versicherte 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 20,85 EUR

Ort, Datum

Institutionskennzeichen (IK) Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN und BIC) –
--

Unterschrift und Stempel