

Zahnschäden gemäss Grundversicherung (KVG)

Befunde/Kostenvoranschlag



Agentur/Nummer Kundennummer

CSS Kranken-Versicherung AG INTRAS Kranken-Versicherung AG Arcosana AG

Zahnarzt

Adresse der versicherten Person

Vorname
Strasse, Hausnummer
Zahlstellennummer

Herr Frau

Name
PLZ/Ort

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	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

2 Unfall

Unfalldatum Befundaufnahme-Datum
Unfallhergang

3 Unfallbedingte Befunde

3.1	Totalluxiert (verloren)	<input type="text"/>
3.2	Luxiert (verlagert)	<input type="text"/>
3.3	Subluxiert (geloockert)	<input type="text"/>
3.4	Kontusioniert (angeschlagen)	<input type="text"/>
3.5	Kronenfraktur ohne Pulpabeteiligung	<input type="text"/>
3.6	Kronenfraktur mit Pulpabeteiligung	<input type="text"/>
3.7	Wurzelfraktur	<input type="text"/>
3.8	Kieferknochen oder Weichteile	<input type="text"/>
3.9	Beschädigter Zahnersatz/beschädigte kieferorthopäd. Apparaturen (genaue Angaben über Art der Arbeit bzw. Apparatur und Ausmass des Schadens)	<input type="text"/>

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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
4.2	Nicht behandelte, defekte Zähne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
4.3	Gefüllte Zähne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
4.4	Parodontal geschädigte Zähne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
4.5	Kronen, Brücken, Prothesen, Kieferorthopäd. Apparaturen (Art und Umfang des Ersatzes, bzw. Apparatur, genaue Umschreibung).		<input type="text"/>

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.

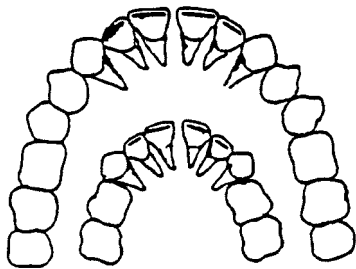
7 Vorschläge für die definitive Versorgung (sofern zum Zeitpunkt dieses Berichts möglich)

[]

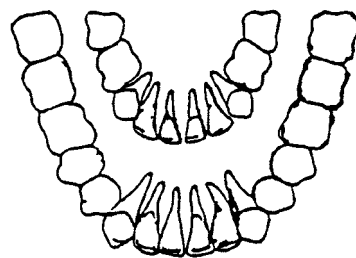
[]

8 Schema des Ersatzes (vom Zahnarzt auszufüllen)

rechts Oberkiefer links



rechts Unterkiefer links



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.