Az.:
Name:

Zahnärztliche Auskunft

Wann nahm der/die Versicherte Sie erstmals wegen der Folgen des Unfalles in Anspruch?

Tag Monat Jahr Stunde

Welche Angaben machte er/sie über den Unfallhergang?

Gebissstatus ohne Unfallfolgen
(soweit „ohne Befund" dieses bitte ebenfalls angeben):

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

Erläuterungen:

f = fehlender Zahn
)(= Lückenschluss
e = bereits ersetzter Zahn
x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
k = vorhandene Krone
b = vorhandenes Brückenglied
c = kariöser Zahn
w = erkrankter, aber erhaltungswürdiger Zahn
F1 - F4 = vorh. Füllung/Eckenaufbau

Unfallbefund

Welche Zähne wurden verletzt und wie genau stellt sich der Unfallschaden dar?

Falls die jetzt unfallgeschädigten Zähne Vorschäden hatten: Welcher Art genau waren diese?

Welche unfallbedingten Behandlungsmaßnahmen wurden bereits durchgeführt und sind gegebenenfalls in nächster Zeit notwendig?

Ist wegen der Verletzung voraussichtlich eine weitere Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt angezeigt?

☐ nein ☐ ja Zu welchem Zeitpunkt? Monat / Jahr ☐ nicht absehbar

Welche Behandlungsmaßnahmen sind angezeigt?

Die Abkommensgebühr für diese Zahnärztliche Auskunft bitte auf das unten angegebene Konto überweisen.
Datenschutz:
Der/die Versicherte wurde von mir mündlich/schriftlich über den Erhebungszweck, meine Auskunftspflicht sowie über das Recht unterrichtet, vom Unfallversicherungsträger Auskunft über die übermittelten Daten zu verlangen (§ 201 SGB VII).

Ort, Datum

Geldinstitut und Ort

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

Kontonummer

Bankleitzahl