# Zahnschaden: Befund

suva

Die Formular-Bearbeitung funktioniert nicht einwandfrei - Javascript deaktiviert!
Zur korrekten Bearbeitung wird Acrobat Reader mit aktivem Javascript benötigt.

Schadennummer:

Unfalldatum/-zeit:

**Arbeitgeber**

Telefon:

Fax:

**Verletzte/r** Vor-/Nachname, Strasse, PLZ Ort:

Geschlecht:

AHV-/SV-Nr.:

Geburtsdatum:

**1. Unfallhergang** Datum der 1. Befundaufnahme:

**2. 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 |

**3. Unfallbedingte Befunde**

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.1.1 Zähne totalluxiert (verloren) | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3.1.2 Zähne luxiert (verlagert) | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3.1.3 Zähne subluxiert (gelockert) | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3.1.4 Zähne kontusioniert (angeschlagen) | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3.1.5 Zähne Kronenfraktur ohne Pulpabeteiligung | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3.1.6 Zähne Kronenfraktur mit Pulpabeteiligung | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3.1.7 Zähne Wurzelfraktur | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

3.2 Kieferknochen oder Weichteile

3.3 Beschädigter Zahnersatz/Beschädigte kieferorthopädische Apparaturen (genaue Angabe über Art der Arbeit bzw. Apparatur und Ausmass des Schadens)

## 4. Zustand der übrigen Zähne

Bitte auch Vermerk, wenn in der betreffenden Rubrik nichts zu beanstanden ist.

| | nein | ja | | |
|---|---|---|---|---|
| 4.1 nicht ersetzte, fehlende Zähne..... | ◯ | ◯ | welche..... | 8 7 6 5 4 3 2 1 \| 1 2 3 4 5 6 7 8<br>8 7 6 5 4 3 2 1 \| 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 4.2 nicht behandelte, defekte Zähne..... | ◯ | ◯ | welche..... | 8 7 6 5 4 3 2 1 \| 1 2 3 4 5 6 7 8<br>8 7 6 5 4 3 2 1 \| 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 4.3 gefüllte Zähne..... | ◯ | ◯ | welche..... | 8 7 6 5 4 3 2 1 \| 1 2 3 4 5 6 7 8<br>8 7 6 5 4 3 2 1 \| 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 4.4 parodontal geschädigte Zähne..... | ◯ | ◯ | welche..... | 8 7 6 5 4 3 2 1 \| 1 2 3 4 5 6 7 8<br>8 7 6 5 4 3 2 1 \| 1 2 3 4 5 6 7 8 |

4.5 Kronen, Brücken, Prothesen, kieferorthopäd. Apparaturen (Art und Umfang des Ersatzes, bzw. Aparratur, genau umschreiben)

## 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 - voraussichtlicher Verlauf (bitte begründen)

☐ Beobachtung während mindestens Jahren nötig.

☐ Kieferorthopäd. Behandlung durch Unfall nötig geworden oder erschwert. Beizug Kieferorthopäde SSO vorbehalten

☐ Defin. Versorgung kann voraussichtlich erst nach Beobachtungszeit von geplant werden.

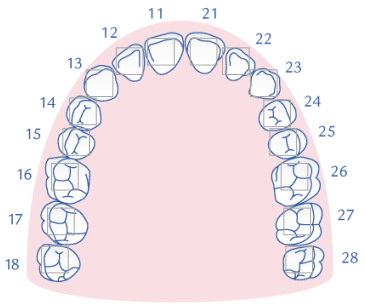
## 7. Vorschläge für die definitive Versorgung (sofern im Zeitpunkt dieses Berichtes möglich)

**Bei gewünschter Implantat-Behandlung bitten wir Sie folgende Dokumentation diesem Formular beizulegen: 2 aktuelle Bite-Wings, ein intraorales Foto der zu implantierenden Stelle mit Sicht auf die Gingiva, sowie ein Übersichtsbild OK/UK von vorne bei geschlossener Zahnreihe.**

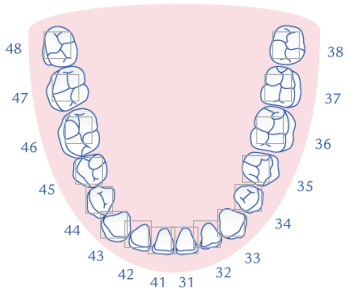
## 8. Schema des Ersatzes (vom Zahnarzt auszufüllen)

**Zahnröntgenbilder sind -angeschrieben mit Namen, Datum und Nr. der Zähne- diesem Formular beizulegen**

rechts Oberkiefer links




rechts Unterkiefer links




Datum:

Zahnärztin/
Zahnarzt:

Unterschrift: _____
bei elektronischer Einsendung unnötig

GLN:

ZSR:

Tel.:

**Elektronische Übermittlung**

Mittels dem Button «**Senden**» übermitteln Sie das Formular direkt elektronisch an die Suva.

**Zusatzfeld:**