

Zahnschäden gemäss Grundversicherung (KVG)



Befunde/Kostenvoranschlag

Agentur/Nummer

Kundennummer

CSS Kranken-Versicherung AG

Arcosana AG

Zahnarzt

Adresse der versicherten Person

Vorname

Herr

Frau

Name

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Zahlstellennummer

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)
- 3.2 Luxiert (verlagert)
- 3.3 Subluxiert (geloockert)
- 3.4 Kontusioniert (angeschlagen)
- 3.5 Kronenfraktur ohne Pulpabeteiligung
- 3.6 Kronenfraktur mit Pulpabeteiligung
- 3.7 Wurzelfraktur
- 3.8 Kieferknochen oder Weichteile

3.8 Kieferknochen oder Weichteile

3.9 Beschädigter Zahnersatz/beschädigte kieferorthopäd. Apparaturen (genaue Angaben über Art der Arbeit bzw. Apparatur und Ausmass des Schadens)

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 Ja Nein
- 4.2 Nicht behandelte, defekte Zähne Ja Nein
- 4.3 Gefüllte Zähne Ja Nein
- 4.4 Parodontal geschädigte Zähne Ja Nein

4.5 Kronen, Brücken, Prothesen, Kieferorthopäd. Apparaturen (Art und Umfang des Ersatzes, bzw. Apparatur, genaue Umschreibung).

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. Bezug Kieferorthopädie SSO vorbehalten.

Definitive Versorgung kann voraussichtlich erst nach einer Beobachtungszeit von [] geplant werden.

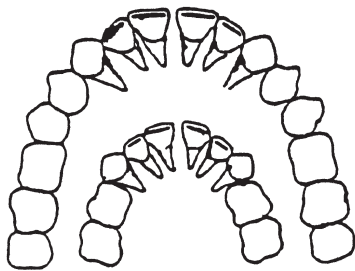
7 Vorschläge für die definitive Versorgung (sofern zum Zeitpunkt dieses Berichts möglich)

[]

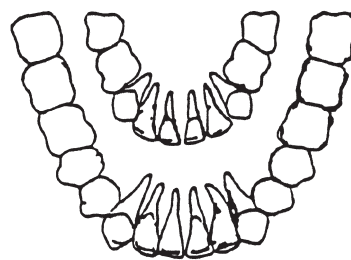
[]

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.