

FRONTZAHNTRAUMA

Aufnahmedatum _____
Uhrzeit _____

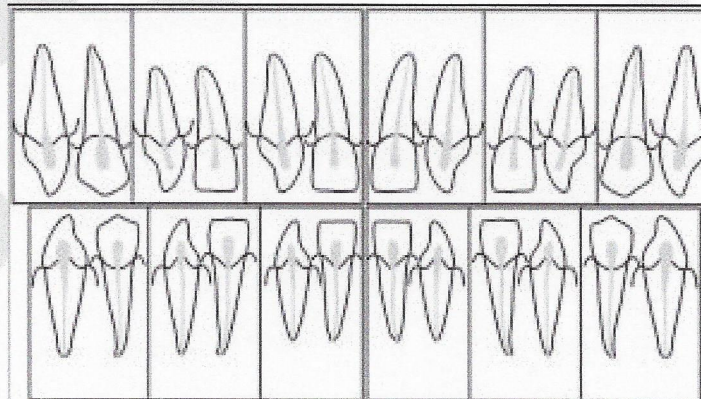


NAME _____ **ANSCHRIFT** _____
VORNAME _____
Geburtsdatum _____ **Schule** _____
Unfalldatum _____ **Begleitperson** _____
Unfalluhrzeit _____ **Krankenkasse:** _____
Unfallort _____
Unfallursache _____
 (Angaben des Patienten) _____

Durch den Unfall geschädigte Zähne:

Fraktur	Zähne:	Pulpa	Zähne:	Lockerung	Zähne:
Schmelzsprung	_____	geschlossen	_____	I. Grades	_____
Schmelzfraktur	_____	schimmert durch	_____	II. Grades	_____
Dentinfraaktur	_____	eröffnet	_____	III. Grades	_____

- Zähne:**
- Intrusion _____
 - Extrusion _____
 - Subluxation _____
 - Vollst. Luxation _____
 - Replantierbar _____
 - klopfempfindlich _____
 - Dauerschmerz _____
 - Rö.-befund _____
 - EZA _____
 - OPG _____
 - Gelenk: _____



Schleimhaut: _____
 Knochen: _____
 Lippen: _____

Sensibilitätsprobe
+ oder -

3	2	1	1	2	3
3	2	1	1	2	3

Zustand vor dem Unfall: 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
 (Kürzel: c,z,k,f,b,e) 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5

Welche weiteren unfallunabhängige Schäden sind feststellbar? _____

Soforttherapie: (Notfalltherapie) _____
 Weitere Therapie: _____

Evtl. Zeitpunkt: _____

Mögl. Spätfolgen: Zahnverlust andere Maßnahmen:
 proth. Versorgung

- nicht erforderlich
- z.Z. nicht absehbar
- erst später möglich

Bericht am _____ an _____ Unfallversicherungsverband