

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 _____

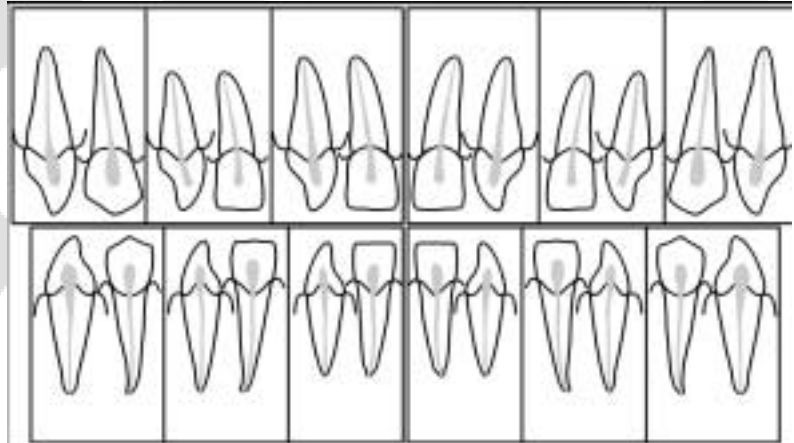
Dauerschmerz _____

Rö.-befund _____

EZA _____

OPG _____

Gelenk: _____



Schleimhaut: _____

Knochen: _____

Lippen: _____

Sensibilitätsprobe

+ oder -

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

Zustand vor 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

dem Unfall: 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5

(Kürzel: 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5

c,z,k,f,b,e) 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

Welche weiteren _____

unfallunabhängige _____

Schäden sind _____

feststellbar? _____

Soforttherapie: _____

(Notfalltherapie) _____

Weitere Therapie: _____ nicht erforderlich

_____ z.Z. nicht absehbar

Evtl. Zeitpunkt: _____ erst später möglich

Mögl. Spätfolgen: Zahnverlust andere Maßnahmen:

proth. Versorgung

Bericht am _____ an _____

Unfallversicherungsverband