

Patient

(Kind)	Name	Vorname	geb.
Straße/Hausnummer		Telefon privat	
Postleitzahl	Ort	e-mail Adresse	

Begleitperson

(Herr/Frau)	Name	Vorname	geb.
Straße/Hausnummer		Telefon dienstlich/privat	
Postleitzahl	Ort		
Name der Krankenkasse mit Geschäftsstelle o. Versicherung		Mitgliedsnummer	

Datum _____ Unterschrift des Patienten oder der Begleitperson _____

Unfallhergang

1. Wann und wo ist der Unfall passiert?

2. Erste Behandlung? _____
3. Tetanusprophylaxe? erfolgt nicht erfolgt vorhanden
4. Angegebene Ursache?

5. Liegt für den Unfall Fremdverschulden vor? Ja Nein

Wenn ja, wer?

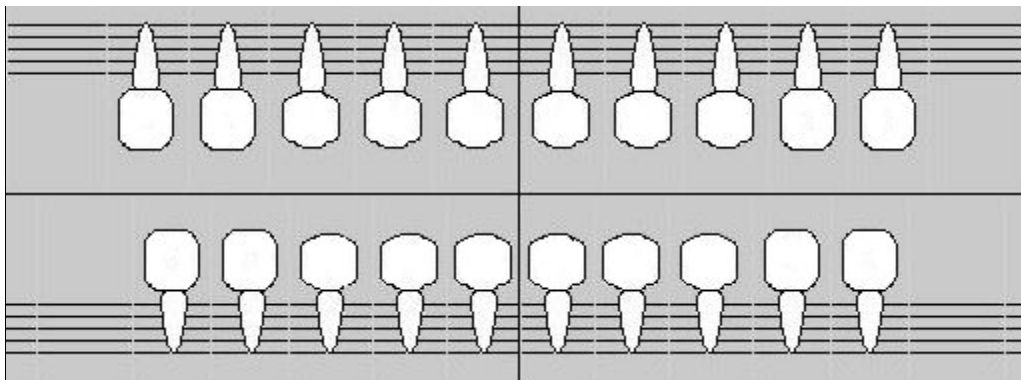
(Herr/Frau)	Name	Vorname	geb.
Straße/Hausnummer			
Postleitzahl	Ort		

Befund

- Zahn _____ ist eingeschlagen,
 _____ ist abgebrochen,
 _____ ist heraus gefallen,
 _____ ist gelockert

Lässt sich der Alveolarfortsatz mitbewegen?

Liegt bei einer Zahnfraktur eine Pulpenbeteiligung vor? Ja Nein
Vitalität, Frakturlinien, Lockerungsgrade:



Röntgenbefund:

Diagnose:

Therapienotwendigkeit:

Aufklärung über Verfärbungen, eventuelle Keimschädigung, späteren Verlust des Zahnes sowie Therapie, Risiken der Erziehungsberechtigten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Mit der Erfassung und Bearbeitung meiner Daten gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten