

Unfallkasse Thüringen
Postfach 100302
99853 Gotha

Ihr Zeichen: _____
Ihre Nachricht vom: _____
Ihr/e Sachbearbeiter/in: _____
Unser Zeichen: _____
Telefon: _____
Telefax: _____
E-Mail: _____

Datum: _____

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Ausführlicher Bericht Kopfverletzung

1 Personalangaben:

Name und Vorname des Versicherten: _____ Geb.-Dat.: _____

Wohnort und Anschrift: _____

Unfallversicherungsträger: _____

Arbeitgeber: _____

2 Kurze Anamnese:

Aufgenommen am: _____ Unfalldatum und -zeit: _____

Ort (Betrieb, Schule, Straße usw.): _____

Betriebs-, Verkehrs-, Sportunfall usw.: _____

Ursache (Fall, Schlag, Überfahren usw.): _____

Erste Hilfe durch: _____

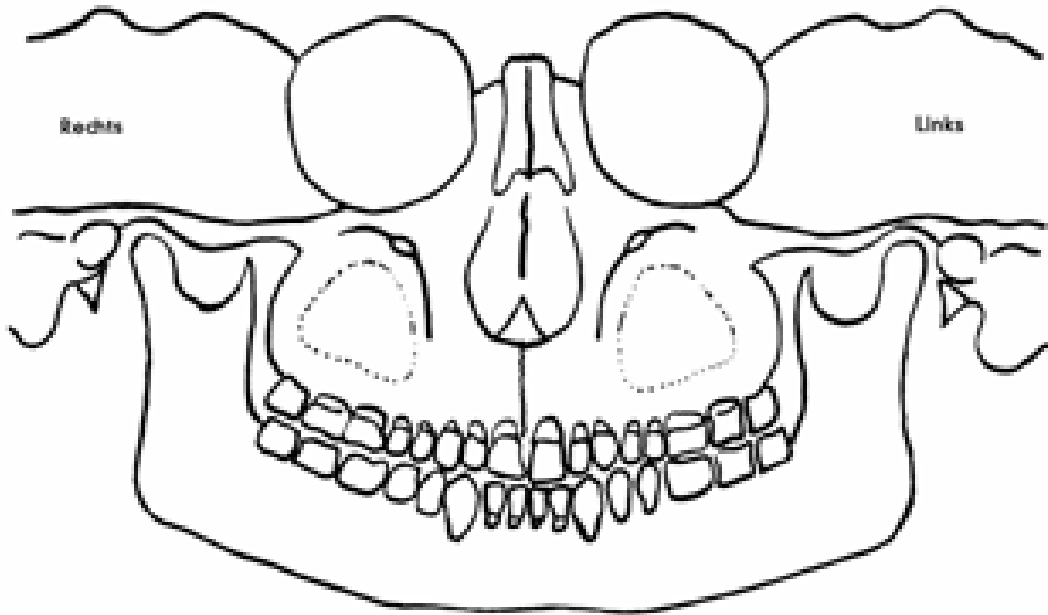
Welcher Art? _____

Tetanusprophylaxe? _____

Sonstige Spritzen oder Medikamente (M, Atmungs-, Kreislaufmittel usw.)?

3.2 **Kurzer klinischer Befund:**

Einzeichnen der Bruchlinien und beschädigten Zähne in die Schädelsskizze.



Welche Verletzungen bzw. Erkrankungen des Gesichtsschädels oder der Weichteile bestehen?

Fraktur?

Infraktur?

Zertrümmerung von Gesichtsknochen?

Weichteilverletzungen?

Bestehen Substanzverluste der Knochen und Weichteile?

Welche Dislokationen der Kieferstümpfe bzw. Fragmente bestehen?

Luxationen?

3.3 **Gebisszustand nach der Verletzung*):**

	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	
R				55	54	53	52	51		61	62	63	64	65				L
				85	84	83	82	81		71	72	73	74	75				
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	

Welche Zähne sind durch die Fraktur in Verlust geraten?

Welche Zähne sind durch die Fraktur gelockert?

Welche Zähne stehen zu der Fraktur in Beziehung?

Welche Zahnkronen sind durch die Fraktur verletzt?

Ersetzte Zähne, Kronen und Stiftzähne?

3.4 Röntgenbefund (Röntgenbilder sind beigefügt):

4 Welche Behandlungen sind vor Erhebung dieses Befundes durchgeführt worden (außer den in 2 angegebenen) und von wem?

Datenschutz:

Sofern die Behandlung noch andauert, habe ich die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Ort, Datum

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK - Bankverbindung -

Unterschrift und Stempel

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 122) und Auslagen nach der UV-GOÄ

***) Abkürzungen**

/ = kariös	ww = Gingivitis - Schleimhauterkrankung
z = zerstört	~~ = Parodontoseverdacht
a = abgebrochener Zahn (frakturiert)	e = bereits ersetzter Zahn
f = fehlend	kl = Klammer
(= Füllung	k = Krone
v = pulpentot	b = Brücke
vl = apicale Veränderung	b + = Brückenpfeiler
ret = retinierter Zahn	a Sch = abnehmbare Schiene
ret? = Verdacht auf retinierten Zahn	f Sch = festsitzende Schiene
hyp = Hypoplasie	