

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen:
Ihr Ansprechpartner:
Telefon:
Fax:
E-Mail:

Datum:

Name, Vorname:

geb.:

Ausführlicher Bericht Kopfverletzung

1 Personalangaben:

Name und Vorname des Versicherten
Wohnort und Anschrift:

Geb.-Dat.

Unfallversicherungsträger:

Arbeitgeber:

2 Kurze Anamnese:

Aufgenommen am
Ort (Betrieb, Schule, Straße usw.):

Unfalldatum und -zeit

Betriebs-, Verkehrs-, Sportunfall usw.:

Ursache (Fall, Schlag, Überfahren usw.):

Erste Hilfe durch:

Welcher Art?

Tetanusprophylaxe?

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

...

Sonstige Verordnungen?

Allgemeinleiden oder körperliche Behinderung (Herz-, Kreislaufstörungen, Epilepsie, Kollaps usw.)?

Fehlbildungen (Lippen-, Gaumenspalten usw.)?

Wo liegt der Versicherte (Wohnung, Krankenhaus)?

3 Befund am:

3.1 **Kurzer Allgemeinbefund:**

Körperzustand (kräftig, schwach, dystrophisch, ausgeblutet usw.):

Sensorium (frei, getrübt, benommen, bewusstlos, Koma, Erbrechen):

Atmungs- und Schluckakt (Ödem, chronische Bronchitis, Erstickengefahr, Gefahr einer Aspirationspneumonie usw.):

Bestehen noch andere Verletzungen und welche?

Körpertemperatur, Puls?

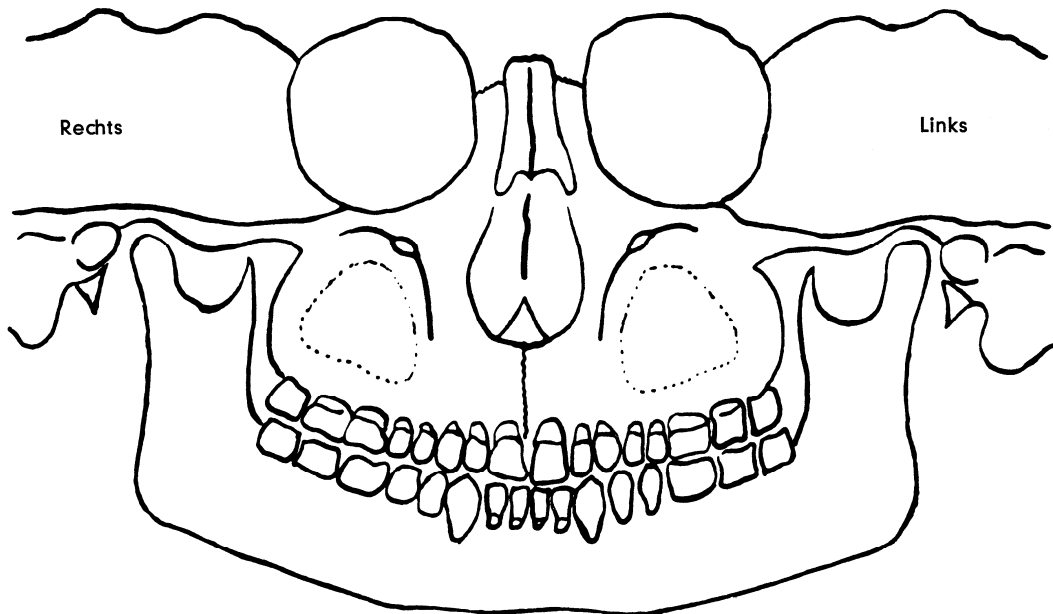
Bettlägerig?

Arbeitsfähig?

Erfolgt gleichzeitig Behandlung durch einen anderen Arzt?

3.2 **Kurzer klinischer Befund:**

Einzeichnen der Bruchlinien und beschädigten Zähne in die Schädelkizze.



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 beigelegt):

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 |
| VI = apicale Veränderung | $\left. \begin{matrix} b+ \\ a \end{matrix} \right\} \text{Sch}$ = Brückenpfeiler |
| ret = retinierter Zahn | $\left. \begin{matrix} a \\ f \end{matrix} \right\} \text{Sch}$ = abnehmbare Schiene |
| ret? = Verdacht auf retinierten Zahn | $\left. \begin{matrix} f \\ \end{matrix} \right\} \text{Sch}$ = festsitzende Schiene |
| hyp = Hypoplasie | |