Patientendaten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Befundbogen Zahntrauma

Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und Zahnärztliche Traumatologie
Erstellung: Prof. Dr. Matthias Widbiller in Kooperation mit den Universitäten/ Zahnunfallzentren Regensburg, Würzburg, Erlangen, Basel

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Behandler: _____

Unfalldokumentation ☐ Freizeitunfall ☐ Arbeits-, Schul- oder Wegeunfall (etc.)

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Ort bzw. Weg: _____

Hergang: _____

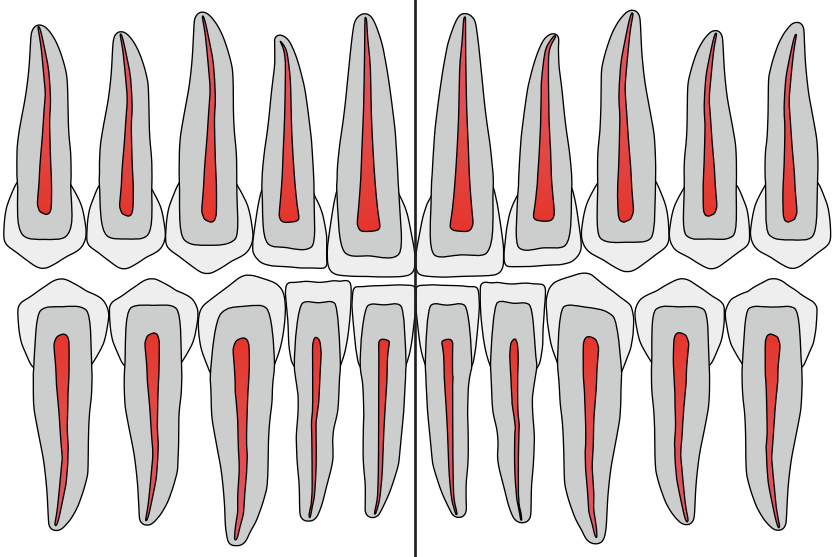
_____

Unfallanamnese ☐ Bewusstlosigkeit ☐ retrograde Amnesie ☐ Übelkeit/Erbrechen

☐ Foetor alcoholicus ☐ kein Tetanusschutz vorhanden

Traumabefund

	15/55	14/54	13/53	12/52	11/51	21/61	22/62	23/63	24/64	25/65
Dislokationsverletzung [mm]										
Sensibilität										
Perkussion										
Pulpaexposition										
Lockerung (0 bis III)										



	45/85	44/84	43/83	42/82	41/81	31/71	32/72	33/73	34/74	35/75
Dislokationsverletzung [mm]										
Sensibilität										
Perkussion										
Pulpaexposition										
Lockerung (0 bis III)										

Sonstige Auffälligkeiten: _____

Hinweise zum Ausfüllen

Bei einem Milch- oder Wechselgebiss Milchzähne durch Einkreisen der Zahnnummer kenntlich machen.

Bei Zahnfrakturen durchgängige Verlaufslinien (——) einzeichnen, bei Infrakturen gestrichelte (– –). Es soll ein korrekter Bezug zu den betroffenen Geweben (Schmelz, Dentin, Pulpa) hergestellt werden.

Bei Dislokationsverletzungen das Abkürzungszeichen (s.u.), die Richtung (m, d, v, o) sowie das Ausmaß der Dislokation in [mm] in die vorgesehene Spalte eintragen (z.B. I/2 oder D/o/3): **K** für Konkussion, **L** für Lockerung, **D** für Dislokation, **E** für Extrusion, **I** für Intrusion, **A** für Avulsion

Avulsionsanamnese

Trockenlagerungsdauer: _____

Transportmedien (Lagerungsdauer): _____

Röntgenbefund ☐ Zahnfilm (_____) ☐ Orthopantomogramm

_____

_____

_____

Weitere Befunde

Alveolarknochen: _____

_____

_____

Kiefergelenk: _____

_____

_____

Alveolarmukosa: _____

_____

_____

Lippen: _____

_____

_____

Gesichtshaut: _____

_____

Initialtherapie

_____

_____

_____

Weitere Hinweise

_____

_____

_____

_____

Formular zurücksetzen

Speichern unter

Datei Drucken