

 **Geschäftsbereich Rehabilitation und Leistung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter Hinweis auf das „Abkommen zwischen der gesetzlichen Unfallversicherung und der kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) über die Durchführung der zahnärztlichen Versorgung von Unfallverletzten und Berufserkrankten“ bitte ich um Beantwortung der nachfolgenden Fragen.

Sollte bereits jetzt eine Versorgung mit Zahnersatz erforderlich sein, bitte ich Sie, einen   
Heil- und Kostenplan vorzulegen, wie er im o. a. Abkommen (nach BU- Nummern) vereinbart ist.   
Bei konservierender Behandlung finden die Gebühren entsprechend BEMA Anwendung   
(Punktwert zurzeit 1,32).

Für Ihre Auskunft überweise ich Ihnen die vereinbarte Gebühr von EUR 21,42 zzgl. Porto.

Bitte übersenden Sie uns beide folgenden Seiten ausgefüllt zurück.

Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Unfallversicherungsträger

**Kontakt:**

GUV Hannover **Ansprechpartner:**

LUK Niedersachsen Frau Griebenow (0511) 87 07 - 177

-Rehabilitation und Leistung- Frau Klimmek (0511) 87 07 - 803

Am Mittelfelde 169 Frau Ortega (0511) 87 07 - 240

30519 Hannover Herr Rehse (0511) 87 07 - 354

Fax (0511) 87 07 - 126

**Zahnärztliche Auskunft**

**I. Praxisinformationen**

Name und Anschrift Ihrer Praxis:

Name:

Anschrift:

Telefonnr.:

**II. Allgemeine Informationen der/des Verunfallten**

Name:  Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:  Unfalltag:

Name und Anschrift der Einrichtung (Kindergarten / Schule) / Unternehmen:

Name:  Vorname:

Geburtsdatum:  Unfalltag:

**III. Medizinische Informationen**

1. Wann (Tag u. Stunde) nahm der/die Verletzte Sie erstmals nach dem Unfall in Anspruch?

1. Welche Angaben machte er/sie über den Unfallhergang?

1. Gebissstatus ohne Unfallfolgen (soweit „ohne Befund“, dieses bitte ebenfalls angeben):

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 Erläuterungen:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | f = fehlende Zähne |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | )( = Lückenschluss |
|  | | | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 |  | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |  | | | e = bereits ersetzte Zähne |
|  | | | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 |  | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |  | | | x = nicht erhaltungswürdige Zähne |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | k = vorh. Kronen |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | b = vorh. Brückenglieder |

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 c = kariöse Zähne

F1 - F4 = vorh. Füllungen/Eckenaufbauten

Unfallbefund

1. Welche Zähne wurden verletzt und wie genau stellt sich der Unfallschaden dar?

1. Falls die jetzt unfallgeschädigten Zähne Vorschäden hatten, welcher Art genau waren diese?

1. Welche unfallbedingten Behandlungsmaßnahmen wurden bereits durchgeführt oder sind ggf. in nächster Zeit notwendig?

      , den      

(Unterschrift und Stempel)

Bankverbindung:

IBAN       Geldinstitut:

BIC

Kontoinhaber: