

Gegevens schadelijder

Naam en voornaam:
Straat + nr:
Postcode + gemeente:
Email:
Geboortedatum: Geslacht: M / V

Dag, uur en plaats van eerste mondonderzoek datum van het ongeval / ... /

Klinisch onderzoek

Anamnese:
Medicatie:
Omschrijving ongeval:
Subjectieve klacht:

Vastgestelde schade / letsels

Extraoraal:
Intraoraal:
Avulsie:(sub)luxatie:
Vulling:
Tandfractuur (glazuur / glazuur-dentine ongecompliceerd / gecompliceerd):
Wortelfractuur (vertikaal / horizontaal cervicaal / midden / apikaal derde):
Tandvleeschade / bloeding:
Andere letsels:

Uitgevoerde diagnostische onderzoeken

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> orthopantomogram | <input type="checkbox"/> teleradiografie |
| <input type="checkbox"/> klinische foto's: <input type="checkbox"/> extraoraal <input type="checkbox"/> intraoraal | <input type="checkbox"/> studiemodel <input type="checkbox"/> B K <input type="checkbox"/> O K |
| <input type="checkbox"/> occlusale radiografie | <input type="checkbox"/> andere: |
| <input type="checkbox"/> bite wings | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> apicale radiografie: tandnummer(s): | |

Dringende zorgen

Extractie:
Spalk:
Pulpacapping:
Endo:
Vulling:
Andere:

BLANCO132961

Mondonderzoek

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			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

tandnummer															
vitaliteit															
mobiliteit															
percussie															
klank															
kleur															

Opmerkingen:

.....

.....

Behandelingsplan en begroting kosten

Tandnummer	Behandeling	Kosten
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Opgemaakt te op 20

Naam en adres van de geneesheer: Handtekening geneesheer:

Geadresseerde: IC VERZEKERINGEN nv Handelsstraat 72 - 1040 Brussel
 Tel: 02 509 97 75 (rechtstreekse lijn schadebeheer)
 Fax: 02 509 96 08
 Email: ongevallen@icci.insure

