

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Unfalldatum: _____

Schädel-Hirn-Trauma: Erbrochen: ja / nein
Starker Kopfschmerz: ja / nein
Amnesie: ja / nein

Bemerkungen: _____

Primärversorgung: _____

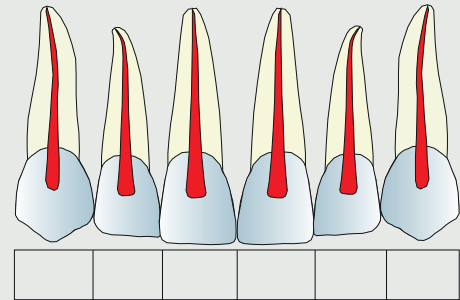
Weiterbehandlung: _____

Befunde bei Erstaufnahme im Zahnunfallz.:

Datum Erstaufnahme ZUZ: _____

Zahn (z.B.)	13	12	11	21	22	23
Sensibilität						
Perkussion						
metall. Perk.schall						
Lockerung/ PTV						
SST > 3mm						
Infraposition						
Verfärbung						

Weitere Bemerkungen



Konkussion, **L**ockerung, **D**islokation, **E**xtrusion, **I**ntrusion, **A**vsulsion
Ausmass der Dislokationsverletzung angeben (...mm), Frakturverlauf einzeichnen

