

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Unfalldatum: \_\_\_\_\_

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

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Primärversorgung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

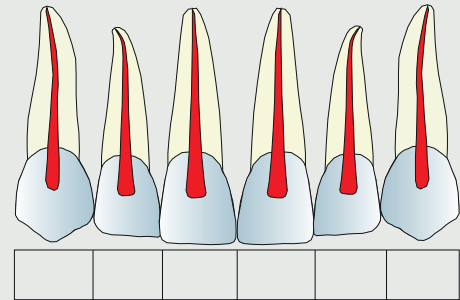
Weiterbehandlung: \_\_\_\_\_

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  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



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

