

---

**Geschäftsbereich Rehabilitation und Leistung**

---

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter Hinweis auf das „Abkommen zwischen der gesetzlichen Unfallversicherung und der kassen-zahnärztlichen 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 1,6).

Für die zahnärztliche Auskunft steht Ihnen eine Berichtsgebühr in Höhe von EUR 25,92 zzgl. Porto (Gesamtbetrag EUR 26,87) zu.

**Die Berichtsgebühr bitten wir gesondert mit den Ihnen erbrachten Leistungen abzurechnen.**

Bitte übersenden Sie uns beide folgenden Seiten ausgefüllt zurück.

Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Unfallversicherungsträger

**Kontakt:**

GUV Hannover  
LUK Niedersachsen  
-Rehabilitation und Leistung-  
Am Mittelfelde 169  
30519 Hannover

**Ansprechpartner:**

Servicecenter 0511-8707-333

## **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?
2. Welche Angaben machte er/sie über den Unfallhergang?
3. 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
				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

Erläuterungen:

f = fehlende Zähne

) = Lückenschluss

e = bereits ersetzte Zähne

x = nicht erhaltungswürdige Zähne

k = vorh. Kronen

b = vorh. Brückenglieder

c = kariöse Zähne

F1 - F4 = vorh. Füllungen/Eckenaufbauten

### **Unfallbefund**

4. Welche Zähne wurden verletzt und wie genau stellt sich der Unfallschaden dar?
5. Falls die jetzt unfallgeschädigten Zähne Vorschäden hatten, welcher Art genau waren diese?
6. Welche unfallbedingten Behandlungsmaßnahmen wurden bereits durchgeführt oder sind ggf. in nächster Zeit notwendig?

---

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

(Unterschrift und Stempel)

Bitte senden Sie eine gesonderte Rechnung für die Berichtsgebühr zu.