

Gegevens schadelijder

Naam en voornaam:
Straat + nr:
Postcode + gemeente:
Email
Gebortedatum: 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

- orthopantomogram
klinische foto's: extraoraal intraoraal
occlusale radiografie
bite wings
apicale radiografie: tandnummer(s):
teleradiografie
studiemodel BK OK
andere:

Dringende zorgen

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

\*BLANCO042924\*

**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		

<b>tandnummer</b>																	
<b>vitaliteit</b>																	
<b>mobiliteit</b>																	
<b>percussie</b>																	
<b>klank</b>																	
<b>kleur</b>																	

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@ic-verzekeringen.be