

## 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):  
.....  
Tandvleschade / bloeding: .....  
Andere letsels: .....  
.....

































## Uitgevoerde diagnostische onderzoeken

orthopantomogram  teleradiografie  
 klinische foto's:  extraoraal  intraoraal  studiemodel  B K  O K  
 occlusale radiografie  andere: .....  
 bite wings  .....  
 apicale radiografie: tandnummer(s): .....

## Dringende zorgen

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

**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