



Interdisziplinäres Zahntraumazentrum (IZZ) – Überweisungsformular

Öffnungszeiten: Montag bis Freitag von 08:00–17:00 Uhr

Personalien der Patientin / des Patienten

Vorname:	Wohnadresse:		
Nachname:			
Geburtsdatum:	Telefonnummer:		
Krankenkasse:	E-Mail-Adresse:		
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> non-binär
Tetanusimpfung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbekannt
Schädel-Hirn-Trauma:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Vielleicht
Fotos vorhanden:	<input type="checkbox"/> Ja (bitte beilegen)	<input type="checkbox"/> Nein	
Röntgen vorhanden:	<input type="checkbox"/> Ja (bitte beilegen)	<input type="checkbox"/> Nein	

Informationen zum Zahntrauma

Unfalldatum: _____

Unfallhergang: _____

Anmerkungen: _____

Personalien des Behandlers / Überweisers

Vorname:	Nachname:
Telefon:	E-Mail-Adresse:
Praxisadresse:	

Bei Selbstüberweisung bitte Formular soweit möglich ausfüllen und zum Termin vorhandene Röntgenbilder und Unterlagen mitnehmen.

Grund der Selbstüberweisung: _____

Überweisung nach Zahntrauma

zur Erstversorgung: Ja Nein

zur Weiterbehandlung: Ja Nein

Rücküberweisung erwünscht: Ja Nein

Überweisung per E-Mail an: zzm.zahntraumazentrum@hin.uzh.ch

Überweisung zur Erstversorgung nach Zahntrauma

Erfolgte bereits eine Notfallbehandlung: Ja Nein

Bitte A bis C ausfüllen, falls ein Befund durchgeführt wurde und / oder eine Erstversorgung erfolgt ist.

A – Weichgewebsverletzungen

	Art der Verletzung	Erfolgte Erstversorgung
Extraoral		
Intraoral		

B – Zahnfrakturen

Befund/Art der Verletzung: (Schmelzriss, Kronenfraktur mit oder ohne Pulpabeteiligung, Wurzelfraktur, komplexe Kronen-Wurzelfraktur etc.)

Erfolgte Erstversorgung: (Restauration, Schienung, direkte Abdeckung, partielle Pulpotomie, indirekte Abdeckung, Reposition des Fragmentes oder weitere, bitte genaue Angabe)

Zahn	Befund / Art der Verletzung	Erfolgte Erstversorgung

C – Dislokationsverletzungen

Befund/Art der Verletzung: (Konkussion, Lockerung, laterale Dislokation, Intrusion, Avulsion, Extrusion, Alveolarfortsatzfraktur etc.)

Erfolgte Erstversorgung: (Replantation, medikamentöse Einlage, Schienung, Abdeckung der Dentinwunde etc.)

Zahn	Befund / Art der Verletzung	Erfolgte Erstversorgung

Überweisung zur Weiterbehandlung nach Zahntrauma und erfolgte Erstversorgung

Bitte kurze Angabe über bereits erfolgte Behandlung und Grund für die Überweisung (welche Weiterbehandlung soll stattfinden)

Überweisung per E-Mail an: zzm.zahntraumazentrum@hin.uzh.ch