

Formular für die Erstattung: Zahnschäden

Arbeitsunfall

Laut Ihrem Arbeitsunfallbericht haben Sie einen Zahnschaden erlitten. Gemäß dem [Königlichen Erlass vom 24.01.1969](#) können Sie die Kosten für die **Reparatur oder den Ersatz des Hilfsmittels** von der Behörde erstattet bekommen.

Was können Sie tun, um Ihre Erstattung zu erhalten?

- ✓ Lassen Sie das nachstehende Formular von einem **Zahnarzt** Ihrer Wahl **vor der endgültigen Behandlung ausfüllen** (wenn möglich).
- ✓ Senden Sie das ausgefüllte Formular per Post oder E-Mail unter der unten angegebenen Adresse oder über [diesen Link](#) an Medex.

Medex – Medizinische Kosten (Verwaltungszentrum Kruidtuin - Finance Tower)
 Kruidtuinlaan 50 Postfach 201, 1000 Brüssel
 E-Mail-Adresse : medex_medischekosten@health.fgov.be

Weitere Informationen: www.medex.belgium.be

 Service Center Gesundheit: 02/ 524 97 97 (von 08:00 bis 13:00 Uhr)

1. Bringen Sie einen Medex-Aufklebezettel¹ an oder füllen Sie nachfolgende Informationen aus

Nationalregisternummer

Name

Vorname

Datum Arbeitsunfall / / 20

2. Vom behandelnden Zahnarzt oder Facharzt auszufüllen

Bitte geben Sie die Art der Verletzungen an:

Allgemeiner Zustand des Mundes vor dem Unfall:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Beschwerden des Opfers infolge des Unfalls:

.....

.....

.....

Bitte geben Sie die durch den Arbeitsunfall beschädigten Zähne im Zahnschema an.

Verlorener Zahn: O | Abgebrochener Zahn: X | Gelockerter Zahn: /

Durchgeführte diagnostische Untersuchungen:

 Bitte fügen Sie dem Formular eine Kopie bei, wenn die Untersuchung durchgeführt wurde.

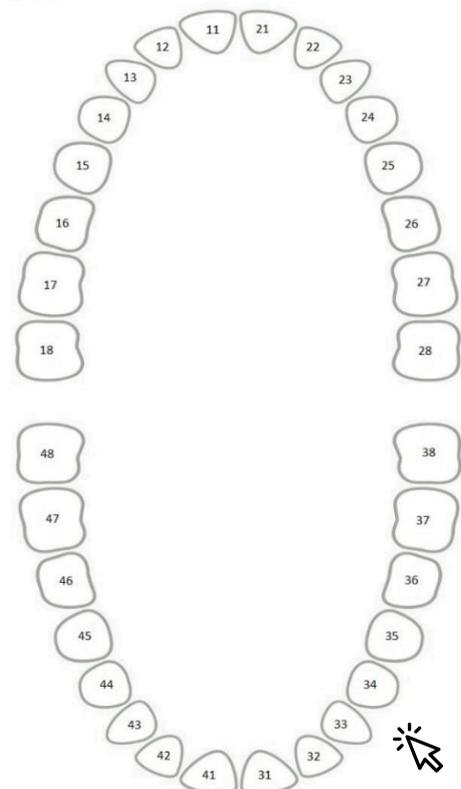
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Klinische Fotos | <input type="checkbox"/> Studienmodell MI |
| <input type="checkbox"/> Orthopantomogramm | <input type="checkbox"/> Studienmodell MS |
| <input type="checkbox"/> Intra-bukkale RX | <input type="checkbox"/> Transillumination |
| <input type="checkbox"/> Extra-bukkale RX | <input type="checkbox"/> Vitalitätstest |
| <input type="checkbox"/> Scan | <input type="checkbox"/> Zahnbeweglichkeit |
| <input type="checkbox"/> Andere: | |

Dringende Versorgung durchgeführt? Wenn ja, bitte spezifizieren:

.....

.....

.....



Siehe Fortsetzung auf der Rückseite (1/2)

BEHANDLUNGSPLAN		ZAHN/ZÄHNE (Nummer)	KOSTENVORANSCHLAG / LIKIV-NUMMER	
KONSERVATIVE BEHANDLUNG				
Versorgung				
Füllungen am:				
Endodontische Behandlung am:				
Paradentale Behandlung am:				
Andere Behandlungen am:				
Chirurgie				
Extraktion von				
Eingekapselte Zähne				
Apiksektomie				
Alveolektomie				
Kieferfrakturen				
Zusammenfassung/Anmerkungen:				
		ZAHN/ZÄHNE (Nummer)	KOSTENVORANSCHLAG / LIKIV-NUMMER	MATERIAL
PROTHETISCHE BEHANDLUNG				
Feste Prothese				
KRONE	Vollguss (Metall - Vollkeramik)			
	VMK Edelmetall			
	Implantat/Abutment			
	Bemerkungen:			
BRÜCKEN	Anzahl der Zwischenelemente			
	Pfeiler auf			
	Inlays			
Provisorien:				
Herausnehmbare Prothese				
OBEN	Vollprothese			
	Teilprothese			
	Anzahl der Zähne: <input type="text"/> <input type="text"/>			
UNTEN	Vollprothese			
	Teilprothese			
	Anzahl der Zähne: <input type="text"/> <input type="text"/>			
Provisorien:				
Reparaturen und Ergänzungen an bestehender Prothese				
Bemerkungen:				
Stempel oder (digitale) Unterschrift:		LIKIV-Nr:	<input type="text"/>	
		Datum des Besuch:	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	

¹ Wünschen Sie zusätzliche Aufklebezettel? Bestellen Sie sie über unsere Website: www.medex.belgium.be > „Arbeitsunfälle“ > „Ihre Arzt- und Transportkosten“ > „Anfrageformular Aufklebezettel“.