

Attest: Vaststelling van tand- en mondletsels ten gevolge van een arbeidsongeval

(Gelieve dit attest door een vrij gekozen tandheekkundige zo volledig en correct mogelijk te laten invullen en het zo snel mogelijk aan de verzekeringsonderneming te bezorgen)

Datum van het ongeval:
Datum van het onderzoek:

Verzekeringsonderneming
Naam en adres:

Kenmerk:
Contactpersoon:
Telefoonnummer:
E-mail:

Gegevens van het slachtoffer
Naam en voornaam:
Geboortedatum:
Adres:

Telefoonnummer:
E-mail:

Gegevens van de vaststellende tandheekkundige
Naam en voornaam:
Adres:

Telefoonnummer:
E-mail:

1. Mondonderzoek

Omstandigheden van het ongeval (zoals verklaard door de patiënt):

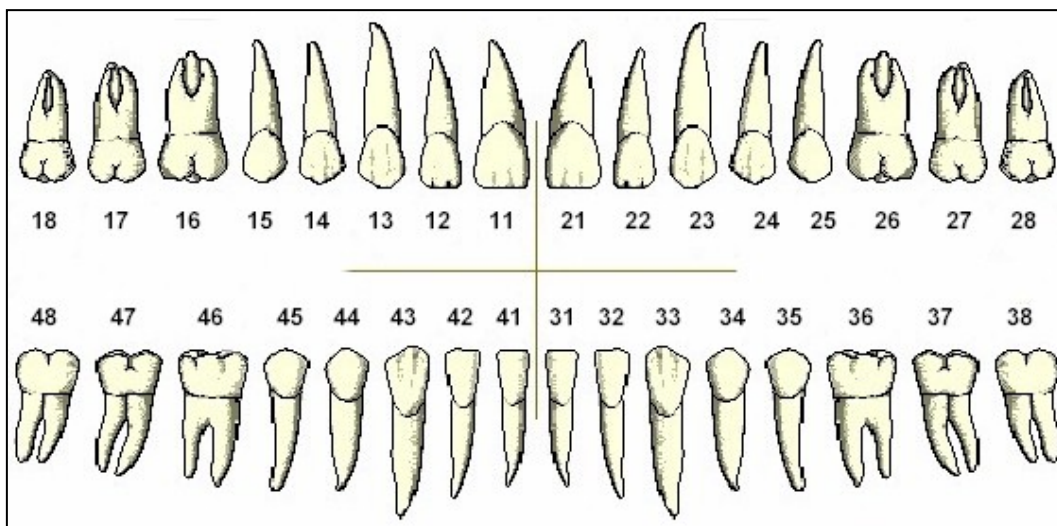
.....
.....
.....

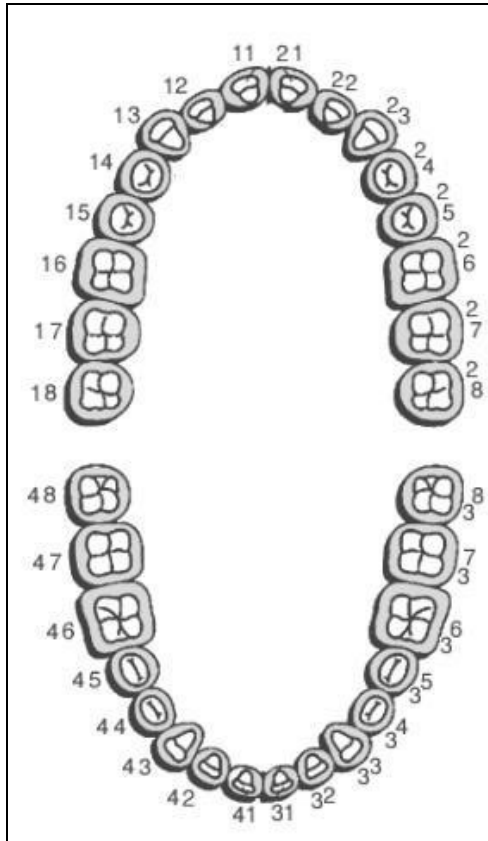
Klachten:

.....
.....
.....

Opmerkingen:

.....
.....
.....





Algemene toestand van de mond (hygiëne, toestand van het gebit, ziekten (parodontose, enz.))

.....

Ontbrekende tanden voor het ongeval

.....

Bestaande tandprothese(n) (soort prothese(n) - materialen)

.....

Orthodontisch apparaat

.....

2. Diagnostische onderzoeken

(gelieve deze bij te houden - er een kopie van te geven aan de patiënt en ze ter beschikking te houden van de verzekeringsonderneming)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> visuele foto's | <input type="checkbox"/> studiemodel: <input type="checkbox"/> bovenkaak |
| <input type="checkbox"/> radiografie: <input type="checkbox"/> orthopantomogram (OPG) | <input type="checkbox"/> onderkaak |
| <input type="checkbox"/> intraorale rx | <input type="checkbox"/> andere: <input type="checkbox"/> translucentie |
| <input type="checkbox"/> extraorale rx | <input type="checkbox"/> vitaliteitstest |
| <input type="checkbox"/> teleradiografie | <input type="checkbox"/> mobiliteitstest |
| | <input type="checkbox"/> andere: |

Met de volgende resultaten:

.....
.....
.....

3. Vastgestelde schade /letsels (te wijten aan het ongeval)

(Gelieve de vastgestelde schade aan te duiden en de nummers van de betrokken tanden te vermelden overeenkomstig de tandschema's op de vorige pagina's).

- ❖ Extraorale letsels:
- ❖ Tandletsels:
 - Luxatie:
 - Intrusie:
 - Extrusie:
 - Traumatische avulsie:
 - Tandfractuur (glazuur/ glazuurdentine - met of zonder blootstelling van de tandpulpa)
 - Tandwortelfractuur (verticaal/ horizontaal - cervicaal/ middelste/ apicaal derde)
- ❖ Tandvleesletsels:
- ❖ Botletsels:
- ❖ Andere letsels:
- ❖ Schade aan de vóór het ongeval geplaatste prothese(n) of dento-faciale orthopedische apparaten:

.....
.....
.....

4. Verstrekte dringende zorgen

Extractie / chirurgie:

Spalk:

Bedekken van de pulpa (pulpacapping):

Endodontische behandeling:

Vulling:

Andere:

Dit attest werd naar eer en geweten, nauwgezet en eerlijk ingevuld.

Stempel van de tandheekundige

Datum:/..../.....

Handtekening

BEHANDELINGSPLAN

(De door de patiënt gekozen behandelende tandheeskundige moet dit formulier zo snel mogelijk invullen rekening houdend met de door het arbeidsongeval opgelopen tandschade en overmaken aan de verzekeringsonderneming).

Datum arbeidsongeval :

Gegevens van het slachtoffer

Naam en voornaam:

Geboortedatum:

Adres:

Telefoonnummer:

E-mail:

Verzekeringsonderneming

Naam en adres:

Kenmerk:

Contactpersoon:

Telefoonnummer:

E-mail:

1. Conserverende behandeling

Tand(en) nr.	Voorlopige behandeling(en)	RIZIV Nomenclatuurcode (indien van toepassing)
Tand(en) nr.	Definitieve behandeling(en)	RIZIV Nomenclatuurcode (indien van toepassing)

1 = vulling / 2 = endodontische behandeling / 3 = parodontale behandeling /
4 = andere

Geschat honorarium:

Vooruitzichten op termijn*:

Is het volgens u mogelijk om deze conserverende behandeling te herhalen en zo ja, hoeveel keer?

Moet er een prothetische behandeling worden voorzien en zo ja, moet dit binnen een bepaalde termijn gebeuren?

Indien de vorige vraag positief werd beantwoord, moet punt 2 van dit attest zo nauwkeurig mogelijk worden ingevuld.

*NB: Op basis van deze informatie worden de nodige technische voorzieningen door de verzekeringsonderneming aangelegd. Ze heeft echter geen invloed op de terugbetaling van de behandelingskosten.

2. Prothetische behandeling (aard & materialen)

(hoogedelmetaal, edelmetaal-spaarlegering, niet-edelmetaal, zirconium, titanium, chroom-cobalt, porselein, kunsthars)

Tand(en) nr	Voorlopige prothese	Honorarium
Tand(en) nr	Definitieve prothese	Honorarium

1= vaste prothesen (kroon; stiftand; brugwerk < tussenelementen & pijlers>, enz.) / 2 = uitneembare prothesen (in kunsthars; skeletprothese, enz.) / 3= implantaten (voorbereidende behandelingen; voorziene termijn voor het plaatsen van de suprastructuur, enz.)

Optionele verduidelijking bij bijzondere omstandigheden. (bv. allergie)

Geldigheidsduur van de schatting van het honorarium:

Opmerking:

Gelieve na de prothetische behandeling een kopie toe te voegen van het conformiteitattest van het laboratorium. Gelieve ook alle bij de patiënt uitgevoerde medische beeldvorming ter beschikking te stellen van de verzekeringsonderneming.

Behandelende tandheeskundige

Naam en voornaam:

Adres:

Telefoonnummer:

E-mail:

Akkoord van de verzekeringsonderneming

Dit attest werd naar eer en geweten, nauwgezet en eerlijk ingevuld.

Datum:/...../.....

Handtekening

In geval van weigering van het voorgestelde behandelingsplan,
motivering van de raadstandarts van de verzekeringsonderneming: