

**Die erhobenen Daten unterliegen dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich der statistischen Auswertung durch die Universität Bonn. Sie werden keinesfalls weitergegeben. Alle Angaben sind freiwillig.**

**Angaben zur verletzten Person (bitte Druckbuchstaben)**

Vorname.....Name..... Geburtsdatum .....

 weibl.  männl. Straße..... PLZ, Ort.....

E-Mail.....

Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern  
 Prof. Dr. Dietmar Oesterreich  
 Wismarsche Str. 304  
 19055 Schwerin

Fax: 0385 59108-20

Anschrift/Stempel von Verein  
 Ansprechpartner für evtl. Rückfragen

A1	Status:	<input type="checkbox"/> Sportart: _____	<input type="checkbox"/> Sportler	<input type="checkbox"/> Trainer	<input type="checkbox"/> Betreuer	<input type="checkbox"/> Besucher	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	
A2	Unfallzeitpunkt	<input type="checkbox"/> Training	<input type="checkbox"/> Wettkampf	Tag	Uhrzeit			
B1	Unfallort 1	<input type="checkbox"/> Sporthalle	<input type="checkbox"/> Sportplatz	<input type="checkbox"/> Schwimmhalle	<input type="checkbox"/> außerhalb Sportstätte	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>		
M1	Art der Übung	_____						
C1	Bodenbelag	<input type="checkbox"/> Wiese	<input type="checkbox"/> Sand	<input type="checkbox"/> Fliesen	<input type="checkbox"/> Stein/Beton	<input type="checkbox"/> Kunststoff	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	
D1	Unfall 1	<input type="checkbox"/> Fremdeinwirkung/ohne Absicht	<input type="checkbox"/> Fremdeinwirkung/Tätlichkeit	<input type="checkbox"/> keine Fremdeinwirkung				
D2	Unfall 2	<input type="checkbox"/> Sturz	<input type="checkbox"/> Schlag	<input type="checkbox"/> Tritt	<input type="checkbox"/> Wurf	<input type="checkbox"/> Zusammenstoß	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	
E1	Verletzung	<input type="checkbox"/> Zahn ausgeschlagen	<input type="checkbox"/> Zahn abgebrochen	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>				
E2	Zahn/Fragment	gefallen in/auf	<input type="checkbox"/> Wasser	<input type="checkbox"/> Wiese	<input type="checkbox"/> Sand	<input type="checkbox"/> künstl. Bodenbelag	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	
F	Unfallhergang	_____						
G1	Aufbewahrung 1 der ZRB*	<input type="checkbox"/> Trainer	<input type="checkbox"/> Mannschaftsbetreuer	<input type="checkbox"/> sportmedizinisches Personal	<input type="checkbox"/> Hallenwart/Hausmeister			
G4	Anwendung ZRB*	Durch <input type="checkbox"/> Trainer	<input type="checkbox"/> Mannschaftsbetreuer	<input type="checkbox"/> sportmedizinisches Personal	<input type="checkbox"/> andere Sportler	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>		
H1	Rettungszeit	Wie viel Zeit (insgesamt) verging zwischen Unfall und Einbringen des Zahnes/Zahnbruchstückes in die Zahnrettungsbox? .....					Minuten	
H2	Suchzeit	Zeitaufwand bis zum Finden des Zahnes ..... Minuten						
H3	Zwischenlagerung	bis zur Aufnahme in ZRB*: <input type="checkbox"/> in der Hand <input type="checkbox"/> in Taschentuch <input type="checkbox"/> in <sup>1</sup>						
I1	ZRB* in Verein vorhanden	war bekannt: <input type="checkbox"/> dem Verletzten <input type="checkbox"/> der zuerst helfenden Person <input type="checkbox"/> anderem Sportler <input type="checkbox"/> anderer Person <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>						
I3	Verzögerung wegen	<input type="checkbox"/> Entfernung Unfall-ZRB	<input type="checkbox"/> Suche von Zahn/Fragment	<input type="checkbox"/> Zahnrettungsbox nicht zugänglich	<input type="checkbox"/> ZRB / Standort der ZRB den Ersthelfern nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Sonst./Erkl. <sup>1</sup>		
j	Unser Wunsch	<input type="checkbox"/> mehr Information	<input type="checkbox"/> Unterrichtsmaterial	<input type="checkbox"/>				

\* Zahnrettungsbox <sup>1</sup> Sonstiges/Erklärung

Füllen Sie den Fragebogen möglichst sorgfältig und vollständig aus. Nutzen Sie die Freitextfelder, wenn die Vorgaben unzureichend sind. Ggf. auf Zusatzblatt Ergänzungen, ggf. unter Angabe der Nummerierung (erste Spalte).

**Bitte lassen Sie die Rückseite vom Zahnarzt ausfüllen.**

## ERST-Behandlung - vom Zahnarzt auszufüllen

**Patient**

Vorname ..... Name ..... Geb.-Datum: .....

**1. Eintreffen in Praxis/Klinik:**

Tag ..... Uhrzeit .....

Praxisanschrift / Stempel

**2. Diagnosen – bitte mit X kennzeichnen**

weitere Informationen: [www.zahnunfall.de/Studie/studie.html](http://www.zahnunfall.de/Studie/studie.html)

Z1	<i>refixiert</i>							<i>refixiert</i>	Kronenfragment wieder angefügt?
Z2	<b>Kronenfraktur</b>							<b>Kronenfraktur</b>	
Z3	Kr-W-Fraktur							Kr-W-Fraktur	
Z4	Wurzelfraktur							Wurzelfraktur	
Z5	<i>replantiert</i>							<i>replantiert</i>	
Z6	<b>Avulsion</b>							<b>Avulsion</b>	
Z7	Intrusion							Intrusion	
Z8	Laterale Dislok.							Laterale Dislok.	
Z9	Extrusion							Extrusion	
Z10	Lockerung							Lockerung	erhöht gelockert
Z11	Konkussion							Konkussion	perkussionsempfindlich
Z12									
Z13	wurzelnreif							wurzelnreif	Foramen apikale nicht geschlossen
Z14		3	2	1	1	2	3		
Z15	Milchzahn							Milchzahn	mit <b>M</b> kennzeichnen
Z16									
Z17		3	2	1	1	2	3		
Z18	wurzelnreif							wurzelnreif	
Z19									
Z20	Konkussion							Konkussion	perkussionsempfindlich
Z21	Lockerung							Lockerung	erhöht gelockert
Z22	Extrusion							Extrusion	
Z23	Laterale Dislok.							Laterale Dislok.	
Z24	Intrusion							Intrusion	
Z25	<b>Avulsion</b>							<b>Avulsion</b>	
Z26	<i>replantiert</i>							<i>replantiert</i>	
Z27	Wurzelfraktur							Wurzelfraktur	
Z28	Kr-W-Fraktur							Kr-W-Fraktur	
Z29	<b>Kronenfraktur</b>							<b>Kronenfraktur</b>	
Z30	<i>refixiert</i>							<i>refixiert</i>	Kronenfragment wieder angefügt?

- Z31 Verletzung von  Alveolarknochen  Weichgewebe  weiteren Zähnen

Anmerkungen: .....

**3. Therapie**

Y1 Kronenbruchstück verworfen weil: .....

Y2 nicht replantiert weil: .....

- Y3 replantiert  ohne sofortige Wurzelkanalbehandlung  orthograd  Guttapercha   
 extraorale WKB  retrograd  Stift (RetroPost)