

## Befundbogen forensische Zahnmedizin

Name

Vorname

Geb.-Datum

Adresse

Begleitperson

Befundaufnahme durch

Assistenz

Ort/Datum/Uhrzeit

Zahnarztpraxis

Stempel

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Diese Dokumentation dient als Nachweis in zivil- bzw. sozialrechtlichen Verfahren und kann bei Strafverfahren hilfreich sein: **Sie ersetzt kein rechtsmedizinisches Gutachten.** Aus Datenschutzgründen darf die zahnärztliche Dokumentation nur mit Einwilligung der Patientin/des Patienten erstellt und aufbewahrt werden.  
➔ Bitte sorgen Sie für eine ruhige, ungestörte Gesprächs- und Untersuchungsatmosphäre!

### 1) Angaben zur Dokumentation

	ja	nein
Patientin/Patient willigt in die Dokumentation ein (einschl. einer Fotodokumentation) Bitte beachten: Dies ist keine Schweigepflichtentbindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotodokumentation angefertigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie der Dokumentation an Patientin/Patienten ausgehändigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2) Angaben zum Vorfall

Fragen Sie nach dem Ablauf des Vorfalls und notieren Sie diese Schilderung der Patientin/des Patienten, möglichst mit deren eigenen Worten..

Ort, Datum, Zeitpunkt bzw. Zeitraum des Vorfalls:

Ursache der Verletzungen (z. B. Schlag, Tritt, Verwendung von Gegenständen):

Verursachende Person(en):

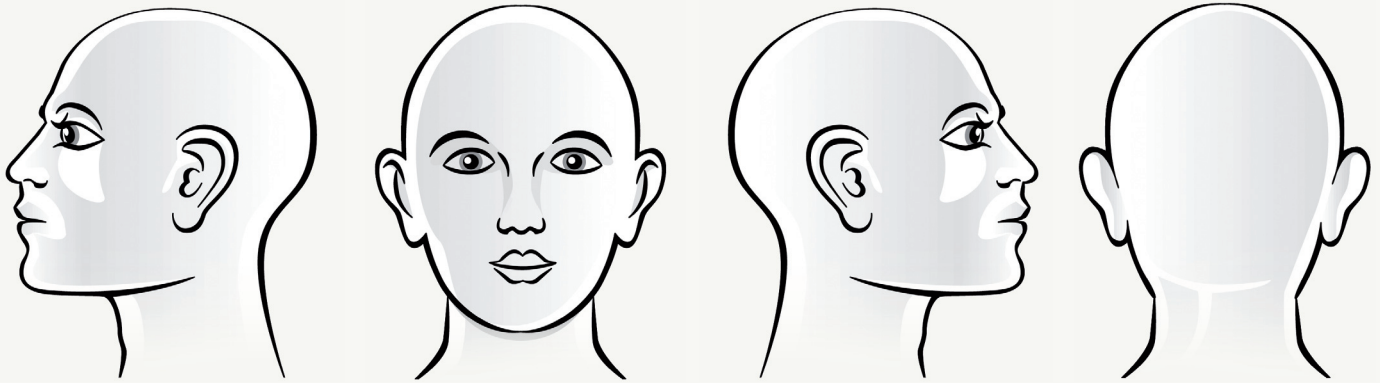
Personen, die während des Vorfalls anwesend waren oder den Verletzten/die Verletzte gefunden haben:

### 3) Zahnärztliche Diagnostik

Bitte **Zutreffendes ankreuzen** sowie betroffenen Zahn bzw. Zähne bezeichnen.

**Auffällige Befunde** hinsichtlich Größe, Form, Farbe, Tiefe und Beschaffenheit **dokumentieren**.

#### 3.1) Extraorale Befunde (Bitte in den Illustrationen markieren)



**Behaarte/unbehaarte Kopfhaut:**

**Gesichtshaut** (Unterblutungen, Wunden, Abschürfungen, Musterabdrücke, Petechien):

**Auge, Lidhaut, Bindehaut, Augapfel** (Petechien, Monokelhämatom, Brillenhämatom, flächenhafte Einblutungen, Sehstörungen, Doppelbilder):

**Nase** (Schwellung, Nasenbluten, Nasenatmungsbehinderung):

**Kinn:**

**Ohren/Hinterohrregion** (Blutunterlaufung, Beeinträchtigung des Hörvermögens, Ohrgeräusche):

**Hals / Nacken:**

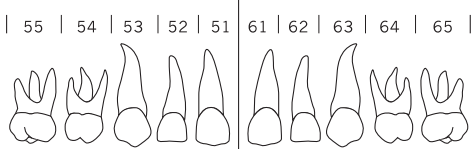

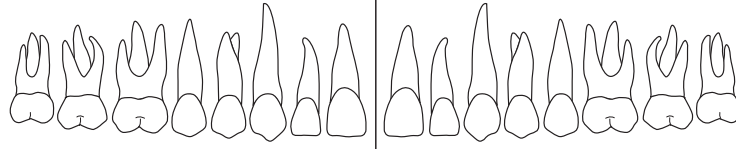
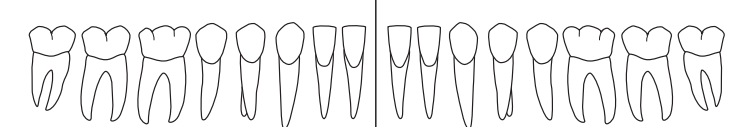
**Lippenrot/Lippenschleimhaut** (Unterblutungen, Zerreißen, Petechien):

**Frakturen im Schädel- und Gesichtsbereich** (z. B. Jochbein, Kiefer):

**Sonstiges** (Schwindel, Übelkeit, Erbrechen):

Wurden **Röntgenaufnahmen** angefertigt? Wenn ja, Art der Röntgenaufnahme:

### 3.2) Intraorale Befunde (Bitte im Zahnschema markieren)

<p>  55   54   53   52   51   61   62   63   64   65  </p>  <hr/>  <p>  85   84   83   82   81   71   72   73   74   75  </p>	<p>  18   17   16   15   14   13   12   11   21   22   23   24   25   26   27   28  </p>  <hr/>  <p>  48   47   46   45   44   43   42   41   31   32   33   34   35   36   37   38  </p>
Milchgebiss (eugath)/Zahnschemata	Bleibendes Gebiss (eugath)/Zahnschemata

#### Zähne und Zahnhalteapparat:

- |   |                      |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmelz-Fraktur            | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Dentin-Fraktur             | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Wurzelfraktur              | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Luxation                   | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Avulsion (Totalluxation)   | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Alveolarfortsatzfraktur    | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Vitalitätsverlust          | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Perkussionsempfindlichkeit | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Lockerungsgrad             | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Blutung aus dem PA-Spalt   | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges                  | <input type="text"/> |

#### Kiefer:

- |  |                      |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Abnorme Beweglichkeit     | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Okklusionsstörungen       | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Stufenbildung             | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Gelenkbeteiligung         | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Mundöffnung eingeschränkt | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Hämatom                   | <input type="text"/> |

- |  |                      |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> akute Blutung | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen     | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges     | <input type="text"/> |

#### Zahnersatz:

- |                                       |                      |
|---------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Beschädigung | <input type="text"/> |
|---------------------------------------|----------------------|

#### Mundschleimhaut:

- |   |                      |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Zunge              | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Wange              | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Mundboden          | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Vestibulum         | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Gaumen             | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Lippe              | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Schwellung         | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Hämatom            | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges          | <input type="text"/> |

Bemerkungen:

