

Zahnärztlicher Befundbericht

(erstellt durch den Zahnarzt)

Vor- und Zuname: _____ Geburtsdatum: _____
 Anschrift: _____

Der oben genannte Patient wurde von mir zahnärztlich untersucht. Der nachfolgende Befund wurde per
 Sichtbefund Röntgenbild Karteikarte am _____ erhoben.
 (Hinweis: Die Befunderhebung darf nicht älter als sechs Monate sein!)

1. Befund-Schema

Plan																	
Befund																	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Befund																	
Plan																	

- | | | | |
|-----------------|--|---|--|
| Befund: | a Adhäsivbrücke (Anker, Spanne) | k klinisch intakte Krone | t Teleskop |
| | b Brückenglied | kw erneuerungsbedürftige Krone | tw erneuerungsbedürftiges Teleskop |
| | e ersetzter Zahn | pw erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten | ur unzureichende Retention |
| | ew ersetzt, aber erneuerungsbedürftiger Zahn | r Wurzelstiftkappe | ww erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung |
| | f fehlender Zahn | rw erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe | x nicht erhaltungswürdiger Zahn |
| | i Implantat mit intakter Suprakonstruktion | sw erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion |)(Lückenschluss |
| Planung: | A Adhäsivbrücke (Anker, Spanne) | K Krone | R Wurzelstiftkappe |
| | B Brückenglied | M Vollkeramische o. keramisch voll verblendete Restauration | S implantatgetragene Suprakonstruktion |
| | E zu ersetzender Zahn | O Geschiebe, Steg, etc. | T Teleskopkrone |
| | H komplizierte gegossene Halte- und Stützvorrichtung | PK Teilkrone | V Vestibuläre Verblendung |

2. Behandlungsplan und Prognose (bitte im o.g. Befund-Schema eintragen)

2.1 Wenn Zahnersatz vorhanden, wann wurde dieser eingesetzt?

- | | | |
|--------------------------------|------------------|-------|
| Herausnehmbare Prothese | Wann eingesetzt? | _____ |
| Brücken | Wann eingesetzt? | _____ |
| Kronen bzw. On-/Inlays | Wann eingesetzt? | _____ |
| Provisorien | Wann eingesetzt? | _____ |
| Implantatgetragener Zahnersatz | Wann eingesetzt? | _____ |

2.1.2 Liegt eine Erkrankung der Kiefergelenke bzw. der Kaumuskulatur vor?

nein ja , welcher Art? _____

2.1.3 Liegt eine Funktionsstörung des Stomatognathensystems vor?

nein ja , welcher Art? _____

2.1.4 Liegt ein Abrasionsgebiss vor?

nein ja

2.1.5 Liegt eine Myoarthropathie vor?

nein ja

2.2 Liegt bzw. lag eine Zahnbetterkrankung vor?

nein ja

2.3 Liegt eine Zahn- oder Kieferfehlstellung vor?

nein ja

3. Letzte Zahnarztbehandlung (Monat/ Jahr)

Bei wem (Name/ Anschrift)? _____

Warum? _____

Seit wann ist der Patient bei Ihnen in Behandlung? _____

Welche vor- bzw. mitbehandelnden Zahnärzte können Sie uns benennen? _____

4. Sind nachstehend genannte Behandlungen oder Maßnahmen eingeleitet oder empfohlen?

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Zahnbehandlung | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Zahnersatz | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Zahn- und Kieferregulierung | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Parodontosebehandlung | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Zahn- und Kieferoperation | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Amalgamaustausch vorgesehen | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Implantatgetragener Zahnersatz | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |

4.1 Wenn ja - Bitte Heil- und Kostenplan, ggf. Parodontalstatus und Orthopantomogramm beifügen!

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Zahnarztes