

Zahnärztlicher Befundbericht

(Bitte vollständig ausfüllen)

VD510201

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

Der oben genannte Patient wurde von mir zahnärztlich untersucht. Der nachfolgende Befund wurde per

Sichtbefund Orthopantomogramm Bissflügelaufnahme Einzelaufnahme am _____
 erhoben. (Die Befunderhebung darf nicht älter als 6 Monate sein)

1. Befund-Schema

Bitte verwenden Sie die allgemein bekannten Befund- und Planungskürzel. Eine provisorische Versorgung ist gesondert zu kennzeichnen.

Plan																
Eingliederungsjahr																
Befund																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Befund																
Eingliederungsjahr																
Plan																

2. Erkrankungen der Zähne, des Zahnhalteapparates oder der Kiefer

- 2.1 Liegt bzw. lag eine Parodontitis vor? nein ja Bitte aktuellen Parodontalstatus beifügen!
 2.2 Liegt bzw. lag eine Zahn und/oder Kieferfehlstellung vor? nein ja
 2.3 a) Liegt bzw. lag eine Erkrankung der Kiefergelenke und/oder der Kaumuskulatur vor? nein ja, welcher Art: _____
 2.3 b) Wurde eine cranio-mandibuläre oder andere Dysfunktion diagnostiziert? nein ja, genaue Diagnose: _____
 2.4 Liegt bzw. lag die Notwendigkeit zur Eingliederung von einer Schiene/einem Aufbissbehelf vor? nein ja, seit: _____ Grunderkrankung: _____
 2.5 Liegen Abrasionen und/oder Schmelzdefekte vor? nein ja, bitte Schema ausfüllen!

Grad/SD																
	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
Grad/SD																

Grad 1: leichte Abrasion Grad 2: Schmelzverlust Inzisialkanten / Höcker - ohne Dentinfreilegung * SD = Schmelzdefekt
 Grad 3: Freilegung von Dentina / mit Dentinbeteiligung

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

- | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---|
| Zahnbehandlung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Sollte eine der genannten Behandlungen / Maßnahmen eingeleitet oder empfohlen sein, legen Sie bitte die dazu gehörigen Unterlagen bei:
▪ Heil- und Kostenplan
▪ kieferorthop. Behandlungsplan
▪ Parodontalstatus
▪ ggf. Röntgenbilder |
| Zahnersatz | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Zahn- und Kieferregulierung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Parodontosebehandlung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Zahn- und Kieferoperation | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Amalgamaustausch | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Implantatgetragener Zahnersatz | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |

4. Letzte Zahnarztbehandlung? (Monat/Jahr) _____ Warum? _____
 4.2 Seit wann ist der Patient bei Ihnen in Behandlung? (Monat/Jahr) _____
 4.3 Welche vor- bzw. mitbehandelnden Ärzte/Zahnärzte/Kieferorthopäden können Sie uns benennen?

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Zahnarztes