

## Zahnärztlicher Befundbericht

|         |
|---------|
| Name    |
| Vorname |
| Straße  |
| PLZ/Ort |

|                             |  |  |  |
|-----------------------------|--|--|--|
| Geburtsdatum                |  |  |  |
| Kunden-/Versicherungsnummer |  |  |  |

### Attest (vom Zahnarzt auszufüllen)

Damit die Risikobeurteilung korrekt vorgenommen werden kann, bitten wir Sie, die nachstehenden Fragen und den Zahnstatus durch Ihren Zahnarzt beantworten bzw. ausfüllen zu lassen.

### 1. Zahnstatus

|   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| Zustand der Zähne anlässlich der Untersuchung vom |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| Behandlungsplan                                   | R |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | L |
| 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  |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| Behandlungsplan                                   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |

Welche Maßnahmen sind erforderlich/geplant? Bitte den Behandlungsplan in o.g. Schema eintragen.

- |   |   |
|---|---|
| <p><b>Befund</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>f = fehlender Zahn</li> <li>e = ersetzter Zahn</li> <li>ew = ersetzter, erneuerungsbedürftiger Zahn</li> <li>b = Brückenglied</li> <li>k = überkronter Zahn</li> <li>kw = zu ersetzende Krone</li> <li>) ( = Lückenschluss</li> <li>i = Implantat</li> <li>y = Inlay</li> <li>t = Konus-/Teleskopkrone, herausnehmbarer Zahnersatz (Prothese)</li> <li>x = nicht erhaltungswürdiger Zahn</li> <li>c = kariöser Zahn</li> <li>z = zerstörter Zahn</li> <li>s = sanierungsbedürftiger Zahn</li> </ul> | <p><b>Behandlungsplan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>K = Teil- oder Vollgusskrone</li> <li>B = Brückenglied</li> <li>Y = Inlay</li> <li>F = Füllung oder Füllungsaustausch</li> <li>I = Implantat</li> <li>T = Konus-/Teleskopkrone, herausnehmbarer Zahnersatz (Prothese)</li> <li>E = Extraktion</li> </ul> |
|---|---|

### 2. Fragen zum Zahnstatus

2.1 Erfolgten bisher regelmäßige jährliche Zahnkontrollen und Zahnsteinentfernungen?  ja  nein

2.2 Verursachen vorhandene Zahnfüllungen oder Zahnersatz Beschwerden?  ja  nein

|                  |
|------------------|
| Wenn ja, welche? |
|------------------|

2.3 Liegt aktuell eine Zahnfleischerkrankung vor?  ja  nein

|                  |
|------------------|
| Wenn ja, welche? |
|------------------|

**2.4** Lag in der Vergangenheit eine Zahnfleischerkrankung vor?

ja  nein

Wenn ja, welche?

Sofern eine Zahnfleischerkrankung vorlag, bitte einen nach der stattgehabten Zahnfleischerkrankung bzw. durchgeführten Therapiemassnahme erstellen und damit aktuellen Parodontal Status beifügen.

Wenn ja, wie lautet die aktuelle Prognose hinsichtlich erneuter/weiterer Erkrankungen des Zahnfleisches?

Wenn ja, welche Therapiemassnahmen (z. B. professionelle Zahnreinigung etc.) werden aktuell erwogen bzw. sind angeraten?

**2.5** Bestehen Engstände, Kieferfehlstellungen oder Zahnfehlstellungen?

ja  nein

Wenn ja, welche?

**2.6** Sind neben dem unter 1.) erläuterten Behandlungsplan weitere zahnärztliche Maßnahmen (wie z. B. kieferorthopädische Maßnahmen, parodontologische Maßnahmen, konservierende Maßnahmen, chirurgische Maßnahmen, Wurzel-/Wurzelkanalbehandlungen etc.) erforderlich oder geplant?

ja  nein

Wenn ja, welche?

**2.7** Sind neben dem unter 1.) erläuterten Behandlungsplan weitere zahnprophylaktische Maßnahmen (wie z. B. professionelle Zahnreinigung, Versiegelung, Fluoridierung, Speicheltests etc.) erforderlich oder geplant?

ja  nein

Wenn ja, welche?

**2.8** Nur zu beantworten bei laufender bzw. angeratener Versorgung mit Zahnschienen/Aufbissbehelfen:

Bitte nennen Sie uns die Grunderkrankung, die zur Versorgung mit Zahnschienen/Aufbissbehelfen führt

Ist aufgrund dieser Grunderkrankung eine Zahnersatzmassnahme erforderlich oder geplant?

ja  nein

Wenn ja, benennen Sie uns hierzu die zugehörige Zahnnummer

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes