

## Zahnstatus

|   |                    |
|---|--------------------|
| Antragsteller<br>(Vorname, Name) .....                    | Geburtsdatum ..... |
| Zu versichernde<br>Person .....                           | Geburtsdatum ..... |
| (Vorname, Name)<br>bei Gesellschaft/<br>Unternehmen ..... | Antragsdatum ..... |
| Anschrift .....   |                    |
| Antragsteller .....                                       |                    |

| rechts |    |    |    |    |    |    | Oberkiefer |    |    |    |    |    |    | links |    |
|--------|----|----|----|----|----|----|------------|----|----|----|----|----|----|-------|----|
|        |    |    |    |    |    |    |            |    |    |    |    |    |    |       |    |
| 18     | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11         | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27    | 28 |
| WZ     | BZ | BZ | BZ | BZ | EZ | SZ | SZ         | SZ | SZ | EZ | BZ | BZ | BZ | BZ    | WZ |
| 48     | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41         | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37    | 38 |
|        |    |    |    |    |    |    |            |    |    |    |    |    |    |       |    |

Befund:

|      |                           |  |      |                                  |
|------|---------------------------|--|------|----------------------------------|
| f =  | fehlende Zähne            |  | y =  | defekte Füllungen                |
| ) (= | Lückenschluss             |  | c =  | kariöse Zähne (erhaltungswürdig) |
| e =  | bereits ersetzte Zähne    |  | x =  | nicht erhaltungswürdige Zähne    |
| k =  | vorhandene Kronen         |  | in = | Inlay                            |
| b =  | vorhandene Brückenglieder |  | o =  | Zahn ohne krankhaften Befund     |
| g =  | gefüllter Zahn            |  | im = | Implantat                        |

### Behandlungsbedürftigkeit

E = zu ersetzender Zahn      F = Füllung      K = Krone

1. Wie beurteilen Sie den Zustand des Zahnersatzes? (Nur zu beantworten, falls bereits Zahnersatz besteht)

a) seine Funktionstüchtigkeit:

- ☐ voll funktionstüchtig     
 ☐ leichte Mängel (Reparatur möglich)     
 ☐ schwere Mängel (erneuerungsbedürftig)

b) seinen Pflegezustand:

- ☐ gut      ☐ mäßig      ☐ schlecht

2. Liegt eine Zahnfehlstellung vor?

- ☐ nein      ☐ ja

Ist eine kieferorthopädische Maßnahme erforderlich?

- ☐ nein      ☐ ja

3. Parodontalbefund

- ☐ Blüten beim Sondieren1     
 ☐ Sondierungstiefe 2     
 ☐ Lockerungsgrad 3

Nur bei Parodontopathie zu beantworten: Wie ist die Parodontopathie einzustufen? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Internationale Bezeichnung Nationale Bezeichnung

AP = Adulte Parodontitis =

EOP = Early Onset Parodontitis =

NP = Nekrotisierende Parodontitis = Parodontitis juvenile

Parodontitis marginalis superficialis

Parodontitis marginalis profunda

Ist eine systematische Parodontaltherapie erforderlich?

- ☐ nein      ☐ ja

Leichttherapie

- ☐ nein      ☐ ja

Chirurgische Therapie

- ☐ nein      ☐ ja

4. Funktionsbefund:

Kiefergelenkbeschwerden

- ☐ nein      ☐ Ja

Knacken beim Kauen

- ☐ nein      ☐ Ja

Schmerzen beim Kauen

- ☐ nein      ☐ Ja

Mundöffnung:

- ☐ nein < 40 mm      ☐ Ja > 40 mm

Zentrische Okklusion:

- ☐ nein      ☐ Ja

=Zentrische Relation (Diff. bis 1 mm) (Diff. > 1 mm)

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Angaben nach meinem aktuellen Kenntnisstand angegeben habe.

Ort, Datum

Unterschrift

