

Zahnstatus

Antragsteller (Vorname, Name) Zu versichernde Person (Vorname, Name) bei Gesellschaft/ Unternehmen Anschrift Antragsteller	Geburtsdatum Geburtsdatum Antragsdatum
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

	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

Parodontitis marginalis superficialis

Parodontitis marginalis profunda

juvenile

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

