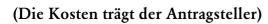
Zahnärztlicher Befundbericht





Zu versichernde Person																
Name/Vorname																
Straße																
PLZ/Ort		Geburtsdatum														
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																
Befund																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Befund	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Behandlungsplan																
Welche Maßnahme	n sind e	rforder	lich/ger	lant? B	itte den	Behand	Hungspl	an in o	g Sche	ma eintr	agen					
Behandlungsplan: K = Teil- oder Vollgusskrone, B = Brückenglied, Y = Inlay, F = Füllung oder Füllungsaustausch, I = Implantat, T = Konus-/Teleskopkrone, herausnehmbarer Zahnersatz (Prothese), E = Extraktion																
2. Fragen zum Za	hnstat	us														
Erfolgten bisher reg								fernung	en?] ja	nein
Verursachen vorhar	idene Z	ahnfüll	ungen o	der Zał	nersatz	Beschw	verden?							_] ja	nein
Wenn ja, welche?																
Liegt/lag eine Zahn			•	•				us und/	oder Par	odontal	Screeni	ng Inde	x beifüge	n) [] ja	nein
Bestehen Engstände	e, Kiefer	fehlstel	lungen (oder Za	hnfehls	tellunge	en?							_ [] ja	nein
Wenn ja, welche?																
(wie z. B. kieferorth	nd neben dem unter 1.) erläuterten Behandlungsplan weitere zahnärztliche Maßnahmen de z.B. kieferorthopädische Maßnahmen, parodontologische Maßnahmen, konservierende Maßnahmen, dirurgische Maßnahmen, Wurzel-/Wurzelkanalbehandlungen etc.) erforderlich oder geplant?															nein
Wenn ja, welche?																
	nd neben dem unter 1.) erläuterten Behandlungsplan weitere zahnprophylaktische Maßnahmen vie z. B. professionelle Zahnreinigung, Versiegelung, Fluoridierung, Speicheltests etc.) erforderlich oder geplant?															nein
Wenn ja, welche?	Wenn ja, welche?															
O-t 1 D-t																
Ort und Datum: Stempel und Unters	schrift d	les Zahr	narztes:													
r or and Officer																