

Zahnärztlicher Befundbericht

(erstellt durch Zahnarzt)

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____
 Anschrift: _____

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

Sichtbefund Röntgenbild Karteikarte am _____ erhoben:
 (Hinweis: Die Befunderhebung darf nicht älter als sechs Monate sein!)

1. Befund-Schema

Plan																	
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																	
Plan																	

Befund: f fehlender Zahn e ersetzter Zahn)(Lückenschluss b Brückenglied k vorhandene Krone
 c/kariöser/erkrankter Zahn a Amalgam im Implantat x nicht erhaltungsw. Zahn t Teleskop- o.Konuskrone
Planung: E zu ersetzender Zahn B Brückenglied K Tangentialkrone H Hohlkeh- o.Stufenkrone R Teilkronen m.Retention
 T Teleskop- o.Konuskrone I Einlagefüllung (Inlay) M Metallkeramikverblendung V Kunststoffverblendung Im Implantat

2. Behandlungsplan und Prognose (bitte im o.g. Befund-Schema eintragen)

2.1 Wenn Zahnersatz vorhanden, wann wurde dieser eingesetzt?

Herausnehmbare Prothese Wann eingesetzt? _____
 Brücken Wann eingesetzt? _____
 Kronen bzw. On-/ Inlays Wann eingesetzt? _____
 Provisorien Wann eingesetzt? _____
 Implantatgetragener Zahnersatz Wann eingesetzt? _____

2.1.2 Liegt eine Erkrankung der Kiefergelenke bzw. der Kaumuskulatur vor?

nein ja , welcher Art? _____

2.1.3 Liegt eine Funktionsstörung des Stomatognathensystems vor?

nein ja , welcher Art? _____

2.1.4 Liegt ein Abrasionsgebiss vor?

nein ja

2.1.5 Liegt eine Myoarthropathie vor?

nein ja

2.2 Liegt bzw. lag eine Zahnbetterkrankung vor?

nein ja

2.3 Liegt eine Zahn- oder Kieferfehlstellung vor?

nein ja

3. Letzte Zahnarztbehandlung (Monat/ Jahr) _____

Bei wem (Name/ Anschrift)? _____

Warum? _____

Seit wann ist der Patient bei Ihnen in Behandlung? _____

Welche vor- bzw. mitbehandelnden Zahnärzte können Sie uns benennen? _____

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

Zahnbehandlung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Zahnersatz	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Zahn- und Kieferregulierung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Parodontosebehandlung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Zahn- und Kieferoperation	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Amalgamaustausch vorgesehen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Implantatgetragener Zahnersatz	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

4.1. Wenn ja - Bitte Heil- und Kostenplan, ggf. Parodontalstatus und Orthopantomogramm beifügen!

 Ort, Datum

 Unterschrift und Stempel des Zahnarztes