

Zahnärztlicher Untersuchungsbericht für Erwachsene (muss vom Zahnarzt des Antragstellers ausgefüllt werden)

Bitte legen Sie dieses Formular Ihrem behandelnden/untersuchenden Zahnarzt zur Beantwortung der nachfolgenden Fragen vor. Ein Ehepartner, Elternteil, Geschwisterteil oder Kind des Patienten/Antragstellers ist nicht befugt, die Untersuchung und alleinige Beantwortung durchzuführen. Die Kosten für die Untersuchung und die Beantwortung aller Fragen sind vom Patienten/Antragsteller zu entrichten.

Anweisungen für den behandelnden/untersuchenden Zahnarzt

Eine eingehende zahnärztliche Untersuchung ist erforderlich, damit alle unten aufgeführten Fragen beantwortet werden können. Sofern viele der unten aufgeführten Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, oder wenn es anderweitig, klinisch indiziert ist, bitten wir Sie freundlichst darum, Bissflügel- und Panoramaröntgen-Aufnahmen (oder Röntgenstatus mittels Zahnfilme) anzufertigen. Bitte senden Sie die aktuellen und alle früheren Röntgenbilder zusammen mit diesem Formular.

I. Angaben zur versicherten Person (vom Antragsteller auszufüllen)

Name des Antragstellers			
Versicherungs-Nr.			
Name der versicherten Person (Patient)			
Geburtsdatum		Geschlecht	

II. Zahnärztlicher Befund (vom behandelnden/untersuchenden Zahnarzt auszufüllen)

- Wann wurde der Patient zuletzt in Ihrer Praxis oder bei einem früheren Zahnarzt behandelt?

Vorheriger Zahnarzt:
- Wurde der Patient in den letzten drei Jahren regelmäßig untersucht oder behandelt? ☐ Ja ☐ Nein
- Wurden in der Vergangenheit oder während dieser Untersuchung Röntgenaufnahmen angefertigt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Ja“, beschreiben Sie bitte die Art der Röntgenaufnahme und die Indikation, geben Sie das Aufnahmedatum an und lassen Sie uns alle vorherigen und aktuellen Röntgenbilder zukommen.

	Vorheriger Zahnarzt/vorherige Zahnärzte:
--	--

- Welcher Zahnarzt hat die Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 3 Jahren durchgeführt? Name des derzeitigen und vorherigen Zahnarztes/Anschrift/ E-Mail/Telefonnummer

Vorheriger Zahnarzt/vorherige Zahnärzte (kann vom Antragsteller ausgefüllt werden):

- Vorliegender Zahnbefund/Status

C = kariöser Zahn
 F = fehlender Zahn
)(= fehlender Zahn, Lücke geschlossen
 X = Zahn muss extrahiert werden
 E = Ersetzter Zahn/Prothese
 T = retinierter oder impakter Zahn
 K = vorhandene Krone
 TK = vorhandene Teilkrone
 IN = vorhandenes Inlay/Einlagefüllung
 B = Brückenglied
 I = vorhandenes Implantat

Oberkiefer																	
rechts									links								
18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	FDI
1	2	3	4	5	6	7	8		9	10	11	12	13	14	15	16	
32	31	30	29	28	27	26	25		24	23	22	21	20	19	18	17	
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	FDI

Unterkiefer

6. Besteht eine kariöse Läsion (Karies) und/oder eine insuffiziente Füllung, die behandlungsbedürftig ist? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, an welchem Zahn/welchen Zähnen?
7. Ist ein abgebrochener oder frakturierter Zahn vorhanden, der behandlungsbedürftig ist? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, an welchem Zahn/welchen Zähnen?
8. Besteht eine Gingivitis oder Parodontitis/Parodontose (Zahnfleischerkrankung), die behandlungsbedürftig ist? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, bitten wir Sie uns den PAR-Status und/oder PSI-Index zukommen zu lassen.
9. Bestehen funktionelle Beschwerden oder Erkrankungen des Kiefers/der Kiefergelenke oder liegt eine Okklusionsstörung/Fehlbiß vor? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, verwenden Sie bitte den Abschnitt 22 für detaillierte Bemerkungen und Einzelheiten.
10. Liegt eine insuffiziente oder unvollständige Wurzelfüllung vor, ein Wurzelabszess, apikale Parodontitis oder Zyste, welche eine Behandlung erfordert wie z.B. Wurzelbehandlung/Amputation/Resektion der Wurzel oder ist eine weitere Überweisung des Patienten notwendig oder angeraten? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, an welchem Zahn/welchen Zähnen?
11. Presst oder knirscht der Patient mit den Zähnen? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, verwenden Sie bitte den Abschnitt 22 für detaillierte Bemerkungen und Einzelheiten.
12. Leidet der Patient an Zahnerosionen, Empfindlichkeiten/sensitive Zähne, Abrasionen/Attritionen/Abfraktionen oder anderen Abnutzungen? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, an welchem Zahn/welchen Zähnen?
13. Gibt es vorhandenen Zahnersatz, der entfernt werden muss oder wurde eine Neufertigung angeraten? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, an welchem Zahn/welchen Zähnen?
14. Liegt eine Lippen- oder Gaumenspalte vor? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, verwenden Sie bitte den Abschnitt 22 für detaillierte Bemerkungen und Einzelheiten.
15. Liegt eine Hyperdontie, Hypodontie oder Anodontie vor? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, verwenden Sie bitte den Abschnitt 22 für detaillierte Bemerkungen und Einzelheiten.
16. Wurde in der Vergangenheit eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt, befinden Sie sich derzeit in einer aktiven kieferorthopädischen Behandlung oder tragen Sie Retentionsgeräte? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, verwenden Sie bitte den Abschnitt 22 für detaillierte Bemerkungen und Einzelheiten.
17. Bitte geben Sie in dem Zahnschema die erforderlichen und empfohlenen konservativen und/oder prothetischen Behandlungen an:
 F = Füllung
 E = Prothese
 K = Krone
 TK = Teilkrone/Onlay
 X = Extraktion
 B = Brückenglied
 V = Veneer
 IN = Einlagefüllung/Inlay
 I = Implantat
- | rechts | | | | | | | | | | | | | | | | links | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Oberkiefer | | | | | | | | | | | | | | | | Unterkiefer | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | FDI | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18 | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | FDI | | | | | | | | | | | | | | | | |
18. Ist eine kieferorthopädische Behandlung erforderlich oder empfohlen/angeraten? ☐ Ja ☐ Nein
19. Ist eine Parodontalbehandlung erforderlich oder empfohlen/angeraten? ☐ Ja ☐ Nein
20. Ist eine Weisheitszahnentfernung erforderlich oder empfohlen/angeraten? ☐ Ja ☐ Nein
21. Ist eine Bruxismus/CMD/TMJ-Behandlung erforderlich oder empfohlen/angeraten? ☐ Ja ☐ Nein

22. Sonstige Anomalien, Beobachtungen, Bemerkungen oder notwendige/empfohlene und geplante Behandlungen, die zuvor nicht erwähnt wurden (bitte detailliert angeben):

Ort und Datum der heutigen
Untersuchung

(bitte unterschreiben und stempeln)

Stempel

Unterschrift des behandelnden/untersuchenden Zahnarztes mit Stempel und Datum