

6. Besteht eine unbehandelte kariöse Läsion (Karies) oder kariöse Fissur, insuffiziente Füllung/Versiegelung, frakturierter oder abgebrochener Zahn, der behandlungsbedürftig ist oder eine Exaktion erfordert? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, an welchem Zahn/welchen Zähnen?

7. Besteht ein Wurzelabszess/eine apikale Parodontitis oder Zyste, die eine Wurzelkanalbehandlung (Pulpotomie), Amputation oder Exaktion erfordert oder ist eine anderweitige Behandlung notwendig oder empfohlen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, an welchem Zahn/welchen Zähnen?

8. Presst oder knirscht das Kind mit den Zähnen oder hat andere Angewohnheiten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, verwenden Sie bitte den Abschnitt 15 für detaillierte Bemerkungen und Einzelheiten.

9. Liegt eine Lippen- oder Gaumenspalte vor? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, verwenden Sie bitte den Abschnitt 15 für detaillierte Bemerkungen und Einzelheiten.

10. Liegt eine Hyperdontie, Hypodontie oder Anodontie vor? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, verwenden Sie bitte den Abschnitt 15 für detaillierte Bemerkungen und Einzelheiten.

11. Hat das Kind eine Zahnfehlstellung? Wurde bereits eine Frühbehandlung durchgeführt oder befindet sich das Kind derzeit in einer aktiven kieferorthopädischen Behandlung oder trägt Retentionsgeräte? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, verwenden Sie bitte den Abschnitt 15 für detaillierte Bemerkungen und Einzelheiten.

12. Bitte geben Sie in dem Zahnschema die erforderlichen und empfohlenen konservativen und/oder prothetischen Behandlungen an:

F = Füllung
S = Fissurenversiegelung
K = Krone
P = Pulpotomie
X = Exaktion



13. Ist eine kieferorthopädische Behandlung erforderlich oder empfohlen/angeraten? ☐ Ja ☐ Nein

14. Ist eine dringende Behandlung erforderlich oder empfohlen (Abszess Entfernung, Freilegung der Pulpa, Exaktion, Wurzelkanalbehandlung) oder gibt es Anzeichen oder Symptome wie Schmerzen, Infektionen oder Schwellungen? Wenn ja, verwenden Sie bitte auch den Abschnitt 15 für detaillierte Bemerkungen und weitere Einzelheiten. ☐ Ja ☐ Nein

15. 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