

## Zahnärztlicher Untersuchungsbericht

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Antrag vom: \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

### Befund:

- |  |  |
|--|--|
| a = Adhäsivbrücke (Anker, Spange)                            | r = Wurzelstiftkappe                                     |
| b = Brückenglied   | rw = erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe              |
| e = ersetzter Zahn   | sw = erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion             |
| ew = ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn             | t = Teleskop   |
| f = fehlender Zahn   | tw = erneuerungsbedürftiges Teleskop                     |
| i = Implantat mit intakter Suprakonstruktion                 | ur = unzureichende Retention                             |
| ix = zu entfernendes Implantat                               | ww = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung |
| k = klinisch intakte Krone                                   | w = erkrankter, erhaltungswürdiger Zahn                  |
| kw = erneuerungsbedürftige Krone                             | x = nicht erhaltungswürdiger Zahn                        |
| pw = erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten | ) ( = Lückenschluss                                      |
| on = Onlay   | pk = Teilkrone   |
| y = klinisch intaktes Inlay (Einlagefüllung)                 |  |

### Behandlungsplan:

- |  |  |
|--|--|
| A = Adhäsivbrücke (Anker, Spange)                                | O = Geschiebe, Steg etc.                 |
| B = Brückenglied   | PK = Teilkrone                           |
| E = zu ersetzender Zahn  | R = Wurzelstiftkappe                     |
| H = gegossene Halte- und Stützvorrichtung                        | S = implantatgetragene Suprakonstruktion |
| K = Krone  | T = Teleskopkrone                        |
| M = vollkeramische oder keramische voll verblendete Restauration | V = vestibuläre Verblendung              |
| I = Implantat  | Y = Inlay (Einlagefüllung)               |
| ON = Onlay   |  |

Plan																
Jahr/Alter des Zahnersatzes																
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																
Jahr/Alter des Zahnersatzes																
Plan																

### Fragen an den Zahnarzt:

- Seit wann ist die zu untersuchende Person Ihr Patient? \_\_\_\_\_
- Werden zurzeit zahnärztliche Maßnahmen durchgeführt oder sind solche vorgesehen bzw. angeraten?  nein  ja (Bitte Angabe im obigen Zahnstatus – unter **Plan**)
- Ist der vorhandene Zahnersatz erneuerungsbedürftig?  nein  ja (Bitte Angabe im obigen Zahnstatus – unter **Plan**)
- Besteht eine Zahn-/Kieferfehlstellung oder ist eine kieferorthopädische Behandlung vorgesehen, angeraten oder wird sie durchgeführt?  nein  ja
- Wird derzeit oder wurde innerhalb der letzten zwei Jahre eine parodontale Erkrankung festgestellt und/oder behandelt?  nein  ja (Bitte Parodontal-Status beifügen)

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

### Hinweis für Antragsteller:

Die Untersuchung darf nicht durch Ehegatten, Eltern, Geschwister, Kinder oder Lebenspartner der zu untersuchenden Person erstellt werden. Die Kosten der Untersuchung trägt der Antragsteller. Es werden Befundberichte, die nicht älter als 6 Monate sind, anerkannt.

