

Zahnärztliche Untersuchung zur Risikoprüfung

Die Kosten trägt die zu untersuchende Person oder deren gesetzlicher Vertreter.

Name des Kunden:

Versicherungsnummer:

Antrag/Anmeldung bzw.
Angebotsanforderung vom:

Personalien der zu untersuchenden Person

Name:

Vorname: Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Ort:

Ausgewiesen durch einen
gültigen amtlichen Ausweis: BPA-Nr.: Reisepass-Nr.:

Ausstellende Behörde, Ort, Datum:

Bitte nicht befragen/untersuchen, falls verwandt oder verschwägert!

Jede Frage ist vom Arzt zu stellen und von der zu untersuchenden Person oder deren gesetzlichem Vertreter zu beantworten.

Hinweis für den Arzt:

Es ist möglich, den Untersuchungsbefund an die HALLESCHE Krankenversicherung direkt zu senden.

Das Formular wurde der zu untersuchenden Person ausgehändigt von:
(Bitte angeben: SC/VD/Vermittler-Nr./Stempel des Vermittlers)

HALLESCHE
Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit

Datum:

Untersuchungsbefund

Der Befund darf nicht durch Ehegatten, Eltern oder Kinder der zu untersuchenden Person erstellt werden.

Ist Ihnen die zu untersuchende Person als Patient bekannt? ja nein

Tag der Untersuchung: _____

1. Befund des Gebisses

| Oberkiefer | rechts | | | | | | | | links | | | | | | | |
|--------------------------|--------|----|----|----|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|----|----|----|
| Behandlungsbedürftigkeit | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Befund | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | WZ | BZ | BZ | BZ | BZ | EZ | SZ | SZ | SZ | SZ | EZ | BZ | BZ | BZ | BZ | WZ |
| | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| Befund | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Behandlungsbedürftigkeit | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unterkiefer | rechts | | | | | | | | links | | | | | | | |

Befund:

f = fehlende Zähne
 () = Lückenschluss
 e = bereits ersetzte Zähne
 k = vorhandene Kronen
 b = vorhandene Brückenglieder
 g = gefüllter Zahn

y = defekte Füllungen
 c = kariöse Zähne (erhaltungswürdig)
 x = nicht erhaltungswürdige Zähne
 in = Inlay
 im = Implantat
 o = Zahn ohne krankhaften Befund

Behandlungsbedürftigkeit:

E = zu ersetzender Zahn
 F = Füllung
 K = Krone

1.a Wie beurteilen Sie den Zustand des Zahnersatzes? (Nur zu beantworten, falls bereits Zahnersatz besteht)

- a) seine Funktionstüchtigkeit: voll funktionstüchtig
 leichte Mängel (Reparatur möglich)
 schwere Mängel (erneuerungsbedürftig)
- b) seinen Pflegezustand: gut mäßig schlecht

1.b Liegt eine Zahnfehlstellung vor?

Ist eine kieferorthopädische Maßnahme erforderlich? nein ja

2. Parodontalbefund

| | | | |
|------------------------------------|----|----|----|
| Bluten beim Sondieren ¹ | | | |
| Sondierungstiefe ² | | | |
| Lockerungsgrad ³ | | | |
| | 16 | 11 | 24 |
| | 44 | 31 | 36 |
| Lockerungsgrad ³ | | | |
| Sondierungstiefe ² | | | |
| Bluten beim Sondieren ¹ | | | |

1 Bluten beim Sondieren + = ja
 - = nein

2 Sondierungstiefe * = tiefste gemessene Sondierungsstelle von 4 Messstellen

3 Lockerungsgrad 0, I, II, III

2.a Nur bei Parodontopathie zu beantworten:

Wie ist die Parodontopathie einzustufen? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Internationale Bezeichnung

- AP = Adulte Parodontitis
 EOP = Early Onset Parodontitis
 NP = Nekrotisierende Parodontitis

Sonstige _____

Nationale Bezeichnung

- = Parodontitis marginalis superficialis
 = Parodontitis marginalis profunda
 = Parodontitis juvenile

Sonstige _____

Ist eine systematische Parodontaltherapie erforderlich?

Leichttherapie?

nein ja

Chirurgische Therapie?

3. Funktionsbefund:

Kiefergelenkbeschwerden? nein ja

Schmerzen beim Kauen? nein ja

Knacken beim Kauen? nein ja

Mundöffnung: < 40 mm > 40 mm

Zentrische Okklusion: ja nein

= Zentrische Relation (Diff. bis 1 mm) (Diff. > 1 mm)

4. Prognose:

Welche Behandlungsmaßnahmen sind voraussichtlich zur Herstellung der Mund-/Zahn- und Kiefergesundheit erforderlich?

- a) Chirurgische Zahnbehandlung nein ja
 b) Konservierende Zahnbehandlung nein ja
 c) Parodontalbehandlung nein ja
 d) Zahnersatz/Einzelkronen/Implantate nein ja
 e) Kieferorthopädische Behandlung nein ja
 f) Funktionsbehandlung nein ja
 g) Amalgamaustausch nein ja
 h) Sonstiges nein ja

Wenn ja, welche? _____

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes _____