

## 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.

**Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!  
Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen,  
unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.**

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																
	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>
	WZ	BZ	BZ	BZ	BZ	EZ	SZ	SZ	SZ	SZ	EZ	BZ	BZ	BZ	BZ	WZ
	<b>48</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>
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?

nein  ja

Ist eine kieferorthopädische Maßnahme erforderlich?

nein  ja

## 2. Parodontalbefund

Oberkiefer	rechts								links							
Bluten beim Sondieren <sup>1</sup>																
Sondierungstiefe <sup>2</sup>																
Lockerungsgrad <sup>3</sup>																
	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>
	WZ	BZ	BZ	BZ	BZ	EZ	SZ	SZ	SZ	SZ	EZ	BZ	BZ	BZ	BZ	WZ
	<b>48</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>
Lockerungsgrad <sup>3</sup>																
Sondierungstiefe <sup>2</sup>																
Bluten beim Sondieren <sup>1</sup>																
Unterkiefer	rechts								links							

1 Blüten 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?

nein  ja

Leichttherapie?

Chirurgische Therapie?

---

**3. Funktionsbefund:**

Kiefergelenkbeschwerden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Mundöffnung:	<input type="checkbox"/> < 40 mm	<input type="checkbox"/> > 40 mm
Schmerzen beim Kauen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Zentrische Okklusion:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Knacken beim Kauen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	= Zentrische Relation	(Diff. bis 1 mm)	(Diff. > 1 mm)
Craniomandibuläre Dysfunktion?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			

---

**4. Prognose:**

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

- |   |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| a) Chirurgische Zahnbehandlung          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| b) Konservierende Zahnbehandlung        | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| c) Parodontalbehandlung                 | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| d) Zahnersatz/ Einzelkronen/ Implantate | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| e) Kieferorthopädische Behandlung       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| f) Funktionsbehandlung                  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| g) Amalgamaustausch                     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| h) Sonstiges                            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_