

# Zahnärztlicher Befundbericht

(erstellt durch den Zahnarzt)

VD510201

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_

Der oben genannte Patient wurde von mir zahnärztlich untersucht. Der nachfolgende Befund wurde per  
 Sichtbefund  Röntgenbild  Karteikarte am \_\_\_\_\_ erhoben.  
 (Hinweis: Die Befunderhebung darf nicht älter als sechs Monate sein!)

## 1. Befund-Schema

Plan																	
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																	
Plan																	

- |                 |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|
| <b>Befund:</b>  | a Adhäsivbrücke (Anker, Spanne)                      | k klinisch intakte Krone                                   | t Teleskop   |
|                 | b Brückenglied                                       | kw erneuerungsbedürftige Krone                             | tw erneuerungsbedürftiges Teleskop                     |
|                 | e ersetzter Zahn                                     | pw erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten | ur unzureichende Retention                             |
|                 | ew ersetzt, aber erneuerungsbedürftiger Zahn         | r Wurzelstiftkappe   | ww erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung |
|                 | f fehlender Zahn                                     | rw erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe                  | x nicht erhaltungswürdiger Zahn                        |
|                 | i Implantat mit intakter Suprakonstruktion           | sw erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion                 | )( Lückenschluss                                       |
|                 | ix zu entfernendes Implantat                         | K Krone  | R Wurzelstiftkappe                                     |
| <b>Planung:</b> | A Adhäsivbrücke (Anker, Spanne)                      | M Vollkeramische o.keramisch voll verblendete Restauration | S implantatgetragene Suprakonstruktion                 |
|                 | B Brückenglied                                       | O Geschiebe, Steg, etc.                                    | T Teleskopkrone  |
|                 | E zu ersetzender Zahn                                | PK Teilkrone   | V Vestibuläre Verblendung                              |
|                 | H komplizierte gegossene Halte- und Stützvorrichtung |  |  |

## 2. Behandlungsplan und Prognose (bitte im o.g. Befund-Schema eintragen)

### 2.1 Wenn Zahnersatz vorhanden, wann wurde dieser eingesetzt?

Herausnehmbare Prothese Wann eingesetzt? \_\_\_\_\_  
 Brücken Wann eingesetzt? \_\_\_\_\_  
 Kronen bzw. On-/Inlays Wann eingesetzt? \_\_\_\_\_  
 Provisorien Wann eingesetzt? \_\_\_\_\_  
 Implantatgetragener Zahnersatz Wann eingesetzt? \_\_\_\_\_

### 2.1.2 Liegt eine Erkrankung der Kiefergelenke bzw. der Kaumuskulatur vor?

nein  ja  , welcher Art? \_\_\_\_\_

### 2.1.3 Liegt eine Funktionsstörung des Stomatognathensystems vor?

nein  ja  , welcher Art? \_\_\_\_\_

### 2.1.4 Liegt ein Abrasionsgebiss vor? nein ja

### 2.1.5 Liegt eine Myoarthropathie vor? nein ja

### 2.2 Liegt bzw. lag eine Zahnbetterkrankung vor? nein ja

### 2.3 Liegt eine Zahn- oder Kieferfehlstellung vor? nein ja

## 3. Letzte Zahnarztbehandlung (Monat/ Jahr) \_\_\_\_\_

Bei wem (Name/ Anschrift)? \_\_\_\_\_  
 Warum? \_\_\_\_\_

Seit wann ist der Patient bei Ihnen in Behandlung? \_\_\_\_\_

Welche vor- bzw. mitbehandelnden Zahnärzte können Sie uns benennen? \_\_\_\_\_

## 4. Sind nachstehend genannte Behandlungen oder Maßnahmen eingeleitet oder empfohlen?

Zahnbehandlung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Zahnersatz	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Zahn- und Kieferregulierung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Parodontosebehandlung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Zahn- und Kieferoperation	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Amalgamaustausch vorgesehen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Implantatgetragener Zahnersatz	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

### 4.1 Wenn ja - Bitte Heil- und Kostenplan, ggf. Parodontalstatus und Orthopantomogramm beifügen!

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

