

Zahnärztliche Untersuchung zur Risikoprüfung

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

Zuname, Vorname
des Kunden:

Versicherungsnummer:

Antrag/Anmeldung bzw. Angebotsanforderung vom:

Personalien der zu untersuchenden Person

Zuname:

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						Behandlungsbedürftigkeit						Befund										
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	WZ	BZ	BZ	BZ	EZ	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:													Behandlungsbedürftigkeit:																
f = fehlende Zähne													y = defekte Füllungen																
l = Lückenschluss													c = kariöse Zähne (erhaltungswürdig)																
e = bereits ersetzte Zähne													x = nicht erhaltungswürdige Zähne																
k = vorhandene Kronen													in = Inlay																
b = vorhandene Brückenglieder													im = Implantat																
g = gefüllter Zahn													o = Zahn ohne krankhaften Befund																

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

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? Chirurgische Therapie?

nein ja

3. Funktionsbefund:

Kiefergelenkbeschwerden?

nein ja

Mundöffnung:

< 40 mm > 40 mm

Schmerzen beim Kauen?

nein ja

Zentrische Okklusion:

ja nein

Knacken beim Kauen?

nein ja

= Zentrische Relation

(Diff. bis 1 mm) (Diff. > 1 mm)

Craniomandibuläre Dysfunktion?

nein ja

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