

## 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																
	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									y = defekte Füllungen							
() = 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							
									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>																
	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
Lockerungsgrad <sup>3</sup>																
Sondierungstiefe <sup>2</sup>																
Bluten beim Sondieren <sup>1</sup>																
Unterkiefer	rechts								links							
1 Bluten beim Sondieren:	+ = ja								2 Sondierungstiefe: * = tiefste gemessene Sondierungsstelle von 4 Messstellen							
	- = nein								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

Schmerzen beim Kauen? ☐ nein ☐ ja

Knacken beim Kauen? ☐ nein ☐ ja

Craniomandibuläre Dysfunktion? ☐ 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