

Zahnärztlicher Befundbogen

Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

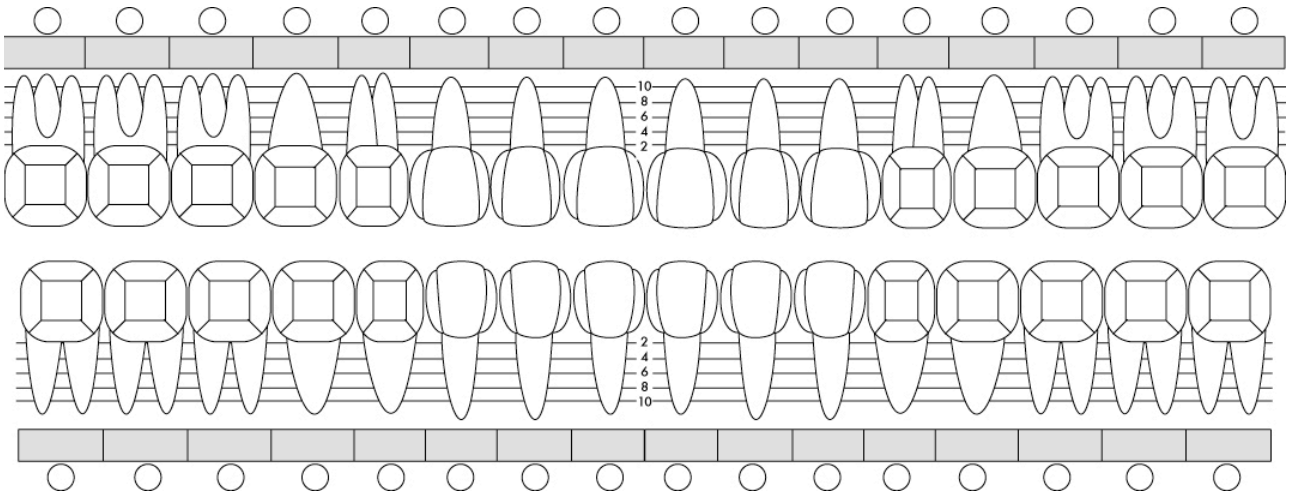


Name, Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum	Telefon
Befund erhoben am	Untersucher

Patient kommt wegen: _____

Überweiser: _____

Sofortmaßnahmen erforderlich: _____



PSI

S1	S2	S3
S6	S5	S4

Kariesrisiko

<input type="checkbox"/>	DMF/S
<input type="checkbox"/>	D/S
<input type="checkbox"/>	Ci/S

Allgemein

- Zahnstein
- Mundschleimhautveränderungen

Befundlegende

f= fehlt (durchstreichen)	k= Krone (grün)	St= Kernaufbau (blau)
c= cariös (rot)	t= Doppelkrone (grün)	In= Inlay (grün)
z= zerstört	b= Brückenglied	↑= Elongation
w= wiederherstellbar	I/II/III = Lockerung	∠= Kippung
x= nicht wiederherstellbar	><= Lückenschluss	Λ= im Durchbruch
+/-= Vitalität	F= plastische Füllung (blau)	

Anamnese

Risiken _____

Röntgenbefunde

Zahnfilme _____

OPG _____

Sonstige _____

Funktionsbefunde

AnamneseNein Ja _____

MuskelnNein Ja _____

GelenkeNein Ja _____

UK-MobilitätNein Ja _____

HyperaktivitätenNein Ja _____

DysfunktionNein Ja _____

Funktionsstatus Instrumentelle Okklusionsanalyse

Mundhygiene

Weitere Befunde

Mundschleimhaut
KFO
andere Besonderheiten

Weiterführende Diagnostik

Diagnosen

Chirurgie
DMF/T und ZE
OK
UK
PA
KFO
CMD
weitere

Eichner: _____
Kennedy: _____
Kennedy: _____

Therapie - Weitere Maßnahmen

PA-Behandlung	Chirurgische Beh.	Konservierende Beh.	Kfo-Beh.	Funktionstherap. Beh	Prothetische Beh.
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Therapieplanung (nach Priorität):

Risiken:

Folgen bei Unterlassung der Behandlung:

Datum

Unterschrift Student

Unterschrift Zahnarzt

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter