

DMS 01096

Versicherungs-Nr. KV	Vermittler-Nr.	Antrag vom
--------------------------------	----------------	------------

Zahnärztlicher Untersuchungsbericht

Die Untersuchung darf nicht durch Ehegatten, Eltern, Geschwister, Kinder oder Lebenspartner (gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz) der zu untersuchenden Person erstellt werden.

Die Kosten der Untersuchung trägt der Versicherungsnehmer / Versicherte / Interessent.

I. Angaben zu der zu untersuchenden Person

Name, Vorname	geb. am
Anschrift	

II. Zahnärztlicher Befund

1. Wann war der Patient zuletzt in zahnärztlicher Behandlung?																																																													
2. Hat der Patient in den letzten drei Jahren regelmäßig Untersuchungen bzw. Vorsorgetermine wahrgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																																												
3. Wer hat die Behandlungen/Untersuchungen durchgeführt?																																																													
4. Derzeitiger zahnärztlicher Befund	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="text-align: center;">rechts</td> <td style="width: 1px; border-left: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">links</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>o = Zahn ohne krankhaften Befund</td> <td style="text-align: center;">18 17 16 15 14 13 12 11</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">21 22 23 24 25 26 27 28</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c = kariöser Zahn</td> <td style="text-align: center;">█ █ █ █ █ █ █ █</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">█ █ █ █ █ █ █ █</td> <td style="vertical-align: middle;">Oberkiefer</td> </tr> <tr> <td>g = gefüllter Zahn</td> <td style="text-align: center;">█ █ █ █ █ █ █ █</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">█ █ █ █ █ █ █ █</td> <td style="vertical-align: middle;">Unterkiefer</td> </tr> <tr> <td>f = fehlender Zahn</td> <td style="text-align: center;">█ █ █ █ █ █ █ █</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">█ █ █ █ █ █ █ █</td> <td></td> </tr> <tr> <td>)(= fehlender Zahn, Lücke geschlossen</td> <td style="text-align: center;">48 47 46 45 44 43 42 41</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">31 32 33 34 35 36 37 38</td> <td></td> </tr> <tr> <td>x = zu entfernender Zahn</td> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e = entfernter, bereits ersetzter Zahn</td> <td style="text-align: center;">Mahl-/Backen-</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">Eck-</td> <td style="text-align: center;">Schneidezähne</td> </tr> <tr> <td>k = vorhandene Krone oder Stiftkrone</td> <td style="text-align: center;">zähne</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">zahn</td> <td style="text-align: center;">Eck-</td> </tr> <tr> <td>tk = vorhandene Teilkrone</td> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">zahn</td> <td style="text-align: center;">Mahl-/Backen-</td> </tr> <tr> <td>i¹ - i³ = Inlay (einflächig, ...)</td> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td></td> <td style="text-align: center;">zähne</td> </tr> <tr> <td>b = vorhandene Brückenglieder</td> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		rechts		links		o = Zahn ohne krankhaften Befund	18 17 16 15 14 13 12 11		21 22 23 24 25 26 27 28		c = kariöser Zahn	█ █ █ █ █ █ █ █		█ █ █ █ █ █ █ █	Oberkiefer	g = gefüllter Zahn	█ █ █ █ █ █ █ █		█ █ █ █ █ █ █ █	Unterkiefer	f = fehlender Zahn	█ █ █ █ █ █ █ █		█ █ █ █ █ █ █ █)(= fehlender Zahn, Lücke geschlossen	48 47 46 45 44 43 42 41		31 32 33 34 35 36 37 38		x = zu entfernender Zahn					e = entfernter, bereits ersetzter Zahn	Mahl-/Backen-		Eck-	Schneidezähne	k = vorhandene Krone oder Stiftkrone	zähne		zahn	Eck-	tk = vorhandene Teilkrone			zahn	Mahl-/Backen-	i ¹ - i ³ = Inlay (einflächig, ...)				zähne	b = vorhandene Brückenglieder				
	rechts		links																																																										
o = Zahn ohne krankhaften Befund	18 17 16 15 14 13 12 11		21 22 23 24 25 26 27 28																																																										
c = kariöser Zahn	█ █ █ █ █ █ █ █		█ █ █ █ █ █ █ █	Oberkiefer																																																									
g = gefüllter Zahn	█ █ █ █ █ █ █ █		█ █ █ █ █ █ █ █	Unterkiefer																																																									
f = fehlender Zahn	█ █ █ █ █ █ █ █		█ █ █ █ █ █ █ █																																																										
)(= fehlender Zahn, Lücke geschlossen	48 47 46 45 44 43 42 41		31 32 33 34 35 36 37 38																																																										
x = zu entfernender Zahn																																																													
e = entfernter, bereits ersetzter Zahn	Mahl-/Backen-		Eck-	Schneidezähne																																																									
k = vorhandene Krone oder Stiftkrone	zähne		zahn	Eck-																																																									
tk = vorhandene Teilkrone			zahn	Mahl-/Backen-																																																									
i ¹ - i ³ = Inlay (einflächig, ...)				zähne																																																									
b = vorhandene Brückenglieder																																																													
5. Welche Zähne wurden in den letzten fünf Jahren ersetzt, überkront oder mit Brücken bzw. Inlays versorgt?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Zahn/Zähne</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Monat/Jahr</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Zahn/Zähne					Monat/Jahr																																																						
Zahn/Zähne																																																													
Monat/Jahr																																																													
6. Sind die vorhandenen Füllungen erneuerungsbedürftig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, an welchen Zähnen?																																																												
7. Liegt eine behandlungsbedürftige Parodontalerkrankung vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte Diagnose angeben.																																																												
8. Bestehen funktionelle Beschwerden bzw. Erkrankungen des Kauorgans? Welche Behandlungsmaßnahmen halten Sie für indiziert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche?																																																												

Versicherungs-Nr. KV	Name, Vorname(n) der zu untersuchenden Person
--------------------------------	---

9. Ist Zahnersatz notwendig oder angeraten?

Fü/F = Füllung

E = zu ersetzen/ herausnehmbarer ZE

K = Krone

VK = Verblendkrone

VMK/MK = Metallkeramikkrone

T/TK = Teleskopkrone (oder Teilkkrone)

KK = Konuskkrone

B = Brückenglied

M/B = Metallkeramikbrücke

O = Verbindungselement

H = Halte-/ Stützvorrichtung

- = Schiene/ Steg

I = Inlay

Im = Implantat

rechts										links							
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		

Mahl-/Backen-
zähne
Eck-
zahn
Schneidezähne
Eck-
zahn
Mahl-/Backen-
zähne

Oberkiefer

Unterkiefer

10. Bitte geben Sie eine Kostenschätzung für notwendige Behandlungsmaßnahmen ab

Zahnärztliches Honorar		EUR
Labor und Material		EUR
Gesamt		EUR

Ort und Tag der Untersuchung _____ **den** _____
 (bitte Korrekturen gesondert abzeichnen und gegen stempeln)

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes _____