

Zahnärztlicher Befundbericht

Name:

Vorname: Geburtsdatum:

Anschrift:

Der oben genannte Patient wurde von mir am zahnärztlich untersucht.

Es wurde folgender Befund erhoben:

Oberkiefer	rechts								links							
Befund																
FDI-Zahnschema	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																
Unterkiefer	rechts								links							

Befund:

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| f = fehlende Zähne | y = defekte Füllung |
|) (= 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

Hinweis für den Zahnarzt:

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.

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes