

Zahnärztliche Untersuchung zur Risikoprüfung

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

Name des Kunden:

Versicherungsnummer:

Antrag/Anmeldung bzw. Angebotsanforderung vom:

Personalien der zu untersuchenden Person

Name:

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
 () = Lückenschluss
 e = bereits ersetzte Zähne
 k = vorhandene Kronen
 b = vorhandene Brückenglieder
 g = gefüllter Zahn

y = defekte Füllungen
 c = kariöse Zähne (erhaltungswürdig)
 x = nicht erhaltungswürdige Zähne
 in = Inlay
 im = Implantat
 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?

Ist eine kieferorthopädische Maßnahme erforderlich? nein ja

2. Parodontalbefund

Bluten beim Sondieren ¹			
Sondierungstiefe ²			
Lockerungsgrad ³			
	16	11	24
	44	31	36
Lockerungsgrad ³			
Sondierungstiefe ²			
Bluten beim Sondieren ¹			

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?

nein ja

Chirurgische Therapie?

3. Funktionsbefund:

- Kiefergelenksbeschwerden? nein ja
 Schmerzen beim Kauen? nein ja
 Knacken beim Kauen? 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 _____