

Name der Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

- Behandlungsplan**
- Therapieergänzung**

Zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen

Allgemeine Vorgeschichte

- Diabetes mellitus
- Bluterkrankungen (z. B. Leukämie)
- HIV-Infektion
- Genetische Erkrankung (z. B. Down-Syndrom)
- Osteoporose
- Tabakkonsum

Sonstiges

Familienvorgeschichte

Eltern hatten Zahnfleischerkrankungen und ggf. dadurch Zähne verloren

Spezielle Vorgeschichte

- Zahnfleischbluten
- Entzündungen mit Anschwellen des Zahnfleisches
- Zahnwanderungen
- Zahnverlust durch Zahnlockerung
- Frühere Zahnfleischbehandlung
- Angabe des Jahres ca.

Befund

Marginales Parodontium

Bluten auf Sondieren

generell

lokalisiert

Subgingivaler Zahnstein

Taschensekretion

Folgen von Parafunktionen

Abrasionen / Schliff-Flächen

Zahnersatz

Festsitzend Angabe des Jahres ca.

Herausnehmbar Angabe des Jahres ca.

Anschrift Krankenkasse

Diagnose

- Chronische Parodontitis
- Agressive Parodontitis
- Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen
- Nekrotisierende Parodontalerkrankung
- Parodontalabszess
- Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen
- Gingivale Vergrößerungen
- Gingiva- und Weichgewebswucherung

ergänzende Angaben zur Diagnose

Therapieergänzung (ggf. eintragen):

Behandlungsplan vom		<input type="text"/>
Geb.-Nr.	Anz.	Zahnangabe
P202	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P203	<input type="text"/>	<input type="text"/>
111	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten der vorgesehenen systematischen Par-Behandlung werden übernommen nicht übernommen.

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse
