



Parodontalstatus

Blatt 1 von 2

Behandlungsplan Therapieerganzung

Stempel der zuständigen Truppen(zahn)Ärztin/
des zuständigen Truppen(zahn)arzes

Name, Vorname, Dienstgrad		Personenkennziffer	
Truppenteil/Dienststelle			
Diensteintritt	Voraussichtliches Dienstzeitende	Status <input type="checkbox"/> BS <input type="checkbox"/> SaZ <input type="checkbox"/> FWDL, Monate: <input type="checkbox"/> GWDL	
Allgemeine Vorgeschichte		Diagnose	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Chronische Parodontitis	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen (z.B. Leukemie)	<input type="checkbox"/>	Aggressive Parodontitis	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	Parodontitis als Manifestation einer Systemerkrankung	<input type="checkbox"/>
Genetische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	Nekrotisierende Parodontalerkrankung	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Parodontalabszess	<input type="checkbox"/>
Tabakkonsum	<input type="checkbox"/>	Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:		Gingivahyperplasien	<input type="checkbox"/>
		Rezidiv einer chronischen/aggressiven Parodontitis	<input type="checkbox"/>
Familienvorgeschichte		Ergänzende Angaben zur Diagnose:	
Eltern hatten Zahnfleischerkrankungen und ggf. dadurch Zähne verloren	<input type="checkbox"/>		
Spezielle Vorgeschichte		Therapieerganzung (ggf. eintragen):	
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	Behandlungsplan vom	
Entzündungen u. Anschwellen des Zahnfleisches	<input type="checkbox"/>	Geb.-Nr.	Anzahl
Zahnverlust durch Zahnlockerung	<input type="checkbox"/>		Zahnangabe
Frühere Zahnfleischbehandlungen - geschlossen	<input type="checkbox"/>	P202	
- offen	<input type="checkbox"/>	P203	
Angabe des Jahres ca.:		111	
Marginales Parodontium		Datum, Unterschrift und Stempel der Zahnärztin/des Zahnarzes	
Bluten auf Sondieren	generell <input type="checkbox"/>		
	lokalisiert <input type="checkbox"/>		
Subgingivaler Zahnstein	<input type="checkbox"/>		
Taschensekretion	<input type="checkbox"/>		
Folgen von Parafunktionen			
Abrasionen/Schliff-Flächen	<input type="checkbox"/>		
Zahnersatz			
Festsitzend	Angabe des Jahres ca. <input type="checkbox"/>		
Herausnehmbar	Angabe des Jahres ca. <input type="checkbox"/>		
Stellungnahme des zahnärztlichen Sachverständigen		4. Begründung	
Die Behandlung wird			
<input type="checkbox"/> 1. befürwortet wie geplant.			
<input type="checkbox"/> 2. befürwortet mit Änderungen.			
<input type="checkbox"/> 3. nicht befürwortet.			
Stempel	Ort, Datum, Unterschrift	<input type="checkbox"/> Siehe Anlage	
		Verteiler: 1. bis 3. Ausftg an entscheidungsberechtigten SanOffz 4. Ausfertigung behandelnde Zahnärztin/behandelnder Zahnarzt	

Parodontalstatus Blatt 2 von 2 PK: Schutzbereich 3

Table with 20 columns and 3 rows: Rezession, Geschl. Vorgehen, Offenes Vorgehen.

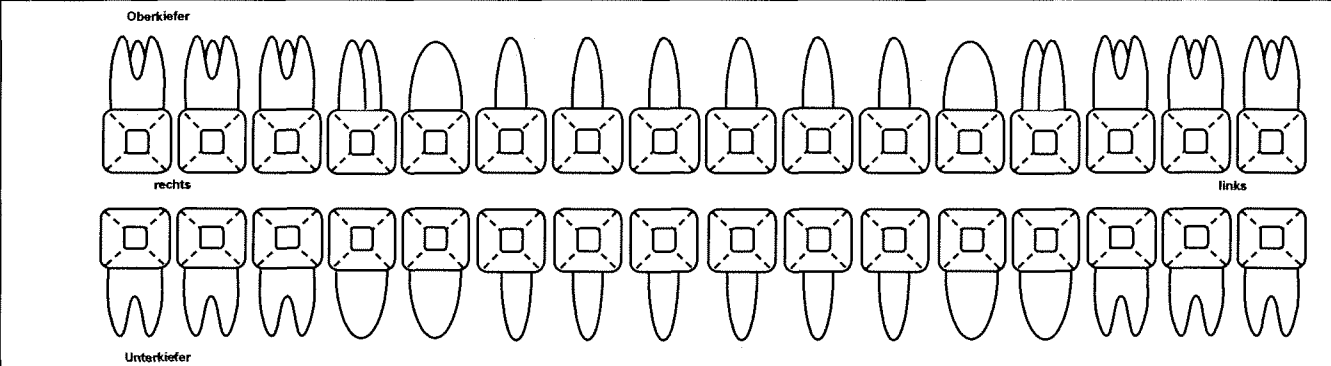


Table with 20 columns and 3 rows: Offenes Vorgehen, Geschl. Vorgehen, Rezession.

Hinweise zum Ausfüllen
1. Die Sondertiefen der Zahnfleischtaschen sind in mm mesial-distal oder fazial-oral einzutragen:
2. Der Grad (I,II,III) der Zahnlockerung ist in das zentrale Feld des Zahnbildes einzutragen:
3. Der Grad (1,2,3) des Furkationsbefalls ist wie folgt einzutragen:
4. Fehlende Zähne sind durchzukreuzen
5. Rezessionen sind in mm einzutragen
6. Einzutragen ist, ob ein geschlossenes oder offenes Vorgehen geplant ist
7. Wird dieser Vordruck für die Abrechnung einer Therapieergänzung verwendet, sind nur die Nummern P202, P203 oder 111 abrechnungsfähig



Geplante Leistungen, Gutachten, Abrechnung table with columns for Geb.-Nr., Anzahl, Punkte, Anz. x Pkt., Datum, Unterschrift und Stempel der Zahnärztin/des Zahnarztes.

Entscheidung des zuständigen Sanitätsoffiziers
Die Behandlung wird
1. genehmigt wie geplant. 2. genehmigt mit Änderungen. 3. nicht genehmigt.
5. Bei Entscheidung nach 1.: Aus Bundesmitteln werden die Kosten für die vorgesehene systematische Pa-Behandlung und die Material- und Laborkosten (Einzelnachweis) übernommen.
6. Bei Entscheidung nach 2.: Kostenübernahme mit folgender Änderung (Bema-Nr):
7. Die Kostenübernahmeerklärung ist vom Genehmigungsdatum ab für die Dauer der Behandlung gültig, längstens jedoch bis zur Beendigung des Wehrdienstes. Sie ist hinfällig, wenn die Behandlung vor Genehmigung begonnen wurde oder anders als genehmigt durchgeführt wird.

4. Begründung
Verteller: 1. und 2. Ausftg über zuständige(n) Truppen(zahn)ärztin/-arzt an behandelnde Zahnärztin/behandelnden Zahnarzt
3. Ausftg. zdA des entscheidungsberechtigten SanOffz

Stempel Ort, Datum, Unterschrift

Erklärung der Soldatin/des Soldaten
Von der Entscheidung des zuständigen Sanitätsoffiziers, insbesondere von Nr. 7, habe ich Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift