

Name der Krankenkasse		
Name des Versicherten	(Vorname)	(geb. am)
(Ehegatte / Kind / Sonst. Angeh.)	(Vorname)	(geb. am)

Name des Zahnarztes
Anschrift

Taschentiefe (mm)																
Lockerung (I..III)																
Vitalität (+.-)																
Rö (Z,G,ZO,GO)																
Gepl. Versorgung																
Befund Gutacht.																
OK	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
UK	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Befund Gutacht.																
Gepl. Versorgung																
Rö (Z,G,ZO,GO)																
Vitalität (+.-)																
Lockerung (I..III)																
Taschentiefe (mm)																

HKP vom: _____

Kassennr.: _____

Untersucht am: _____

Vorgelegte Unterlagen / Informationen	Ja	Nein
Röntgenunterlagen (Einzelbilder)	0	0
Röntgenunterlagen (OPG)	0	0
Planungsmodelle	0	0
Rücksprache mit Behandlerpraxis	0	0
Patient nicht erschienen	0	0

Untersuchungsergebnisse	Ja	Nein
Angegebener HKP-Befund trifft zu	0	0
Angegebene Regelversorgung trifft zu	0	0
Versorgung ist indiziert und zweckmäßig	0	0
Versorgung ist eine Gesamtplanung	0	0
Beläge wurden entfernt	0	0
Parodontien sind entzündungsfrei	0	0
Vorbehandlung erfolgreich abgeschlossen	0	0

Die Mundhygiene ist	gut	ausreichend	zu verbessern	unzureichend
	0	0	0	0

Befunde: _____

Behandlungsplan wird befürwortet	Ja	mit Einschränkungen	Nein!
	0	0	0