

Zahnappell

Vers.-Nummer: Name Patient/in:

1. Datum der Befundaufnahme:

2. zur Zeit der Berichterstattung
(fehlende Zähne streichen) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

3. nicht ersetzte, fehlende Zähne: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

4. nicht behandelte, defekte Zähne: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

5. parodontal geschädigte Zähne: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

6. wurzelbehandelte Zähne: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

7. gefüllte Zähne: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8. Zahn-Nummer angeben:

Kronen.....

Brücken.....

Implantate.....

Inlays, Onlays.....

Wurzelstiftkappen/Dalbo-Rotex-Anker.....

Prothesen (was für eine Prothese / OK oder UK).....

9. Mundhygiene:

10. regelmässige DH: ja / nein

11. Phasenmässiger Behandlungsplan
11.1 dringende Sofortmassnahmen

Ort und Datum:

Unterschrift: