

Zahnstatus

Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. Abt. KRBU 20449 Hamburg	Antrags-/Anfrage-Nr. <input style="width: 100%; height: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> Versicherungs-Nr. <input style="width: 100%; height: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> Name, Vorname <input style="width: 100%; height: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> Geburtsdatum <input style="width: 100%; height: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> Anschrift <input style="width: 100%; height: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
--	--

Behandlungsplan	R																	L
Befund		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Befund																		
Behandlungsplan																		

- | | |
|---|---|
| <p>Befund:</p> <ul style="list-style-type: none"> f = fehlender Zahn) (= Lückenschluss e = ersetzter Zahn w = behandlungsbedürftiger/erhaltungswürdiger Zahn x = zur Extraktion vorgesehener Zahn k = vorhandene Krone b = vorhandenes Brückenglied t = Teleskopkrone c = kariös i = Inlay | <p>Behandlungsplan:</p> <ul style="list-style-type: none"> E = durch abnehmbaren Zahnersatz zu ersetzen T = Konus-/Teleskopkrone K = Vollgusskrone B = Vollgussbrückenglied V = Kunststoffverblendung H = Halteelement ³/₄ = Teilkkrone I = Inlay M = Keramikverblendung F = Füllung |
|---|---|

Findet zur Zeit eine Behandlung statt? Wenn ja, tragen Sie bitte den Behandlungsplan in das o. g. Schema ein.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist eine Behandlung angeraten/vorgesehen? Wenn ja, tragen Sie bitte den Behandlungsplan in das o. g. Schema ein und geben Sie an, für wann die Behand- lung geplant ist.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beginn der Behandlung <input style="width: 100%; height: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
Bei vorhandenem Zahnersatz: Geben Sie bitte das Alter des Zahnersatzes an.	Alter <input style="width: 100%; height: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>

Ort, Datum <input style="width: 100%; height: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	Stempel und Unterschrift des Zahnarztes <input style="width: 100%; height: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
---	--