

Zahnstatus - Ist - Analyse

| | | |
|-----------------------------|--|----------------------|
| 1. Personendaten | Erfassungsdatum: | <input type="text"/> |
| Name, Vorname / Staatsang.: | <input type="text"/> / <input type="text"/> | • |
| Straße, Hausnr.: | <input type="text"/> / <input type="text"/> | • |
| PLZ, Wohnort: | <input type="text"/> / <input type="text"/> | • |
| Telefon / Handy: | <input type="text"/> / <input type="text"/> | • |
| Beruf / Familienstand: | <input type="text"/> / <input type="text"/> | • |
| E-Mail / Homepage: | <input type="text"/> | • |
| Geburtsdatum / Geschlecht: | <input type="text"/> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | • |
| Krankenversicherung: | <input type="checkbox"/> gesetzlich, bei: <input type="checkbox"/> privat, bei: | • |
| Notizen: | <input type="text"/> | |
| | <input type="text"/> | |

• Pflichtfeld, bitte vollständig ausfüllen!

| |
|---|
| 2. Zahnreinigung - Leistungen |
| Führen Sie ein Bonusheft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wie oft gehen Sie im Jahr zur Zahnreinigung? <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal <input type="checkbox"/> oder mehrmals |
| Wie viel Geld geben Sie jährlich für eine Zahnreinigung aus? <input type="checkbox"/> 50€ <input type="checkbox"/> 70€ <input type="checkbox"/> 90€ <input type="checkbox"/> oder mehr |
| Wie beurteilen Sie den Zustand Ihrer Zähne? <input type="checkbox"/> voll funktionstüchtig <input type="checkbox"/> leichte Mängel, Reparatur möglich <input type="checkbox"/> schwere Mängel, erneuerungsbedürftig |
| Wie Pflegen Sie Ihre Zähne? <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht |
| Konsumieren Sie regelmäßig: <input type="checkbox"/> Kaffee <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Tabak <input type="checkbox"/> Süßigkeiten |
| Notizen: |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

| |
|----------------------|
| Notizen: |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

3. Zahnersatz - Leistungen

| | ist mir Wichtig | ist mir Unwichtig |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| Zahnfüllungen: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inlays: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kronen: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brücken: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Implantate: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prothesen: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Kieferorthopädie - Leistungen

| | ist mir Wichtig | ist mir Unwichtig |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Kinderprophylaxe: | | <input type="checkbox"/> |
| Fissuren Versiegelung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnspange: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liegt eine Zahnfehlstellung vor? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist eine KFO Behandlung angeraten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

5. Zahnbehandlung - Leistungen

| | ist mir Wichtig | ist mir Unwichtig |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Regelmäßige Prophylaxe: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Regelmäßige prof. Zahnreinigung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurzelbehandlung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parodontose Behandlung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Notizen:

6. Zahnstatus - Allgemeine Fragen

Wie viele **fehlende** Zähne haben Sie? (ohne Weisheitszähne und Lückenschlüsse)

Wie viele **ersetzte** Zähne haben Sie? (z.B. Kronen, Brücken, Implantate, Inlays)

Alter Ihres Zahnersatzes: ca. Jahre

Sind Sie derzeit in Behandlung? Nein Ja, wegen

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Füllungen | <input type="checkbox"/> Inlays |
| <input type="checkbox"/> Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Amalgamaustausch |
| <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung | <input type="checkbox"/> Parodontose |
| <input type="checkbox"/> Kronen | <input type="checkbox"/> Brücken |
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Prothese |
| <input type="checkbox"/> Zahnspange | <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie |

Sind Sie in einer Parodontose Behandlung? (*Statusbericht beilegen!*) Ja, seit:

Besteht schon eine Zahnzusatz Versicherung? Nein Ja Gesellschaft:

Sind Sie einverstanden einen aktuellen Zahnstatus von ihrem Zahnarzt erstellen zu lassen: Nein Ja Erledigung bis:

Ihr Zahnarzt, Name / Kontakt:

Geben Sie uns die Erlaubnis bei Ihrem Zahnarzt Ihren Zahnstatus anzufordern? Ja Nein Ja Nein

(Es werden Auslagen entstehen)

Zahn-Finanzierung:

Wünschen Sie ein Kreditangebot für Ihre Zahnbehandlung?

Kreditsumme:
machbare mtl. Rate:

Notizen:

7. Zahn Zustand – Ist Situation

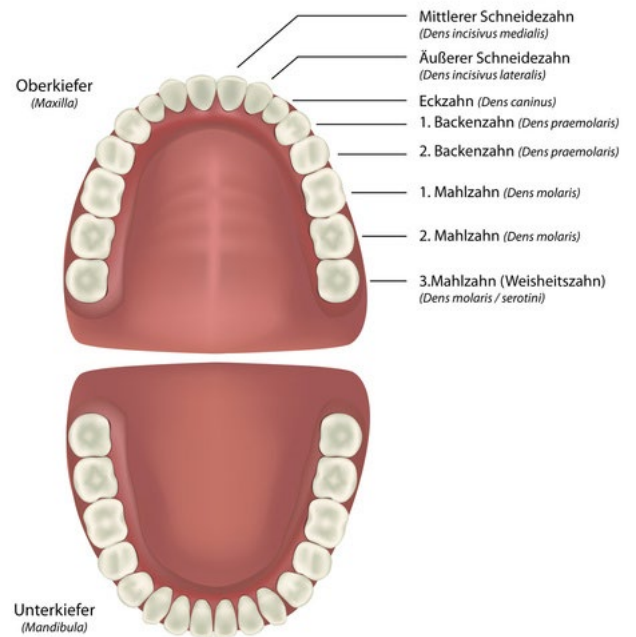
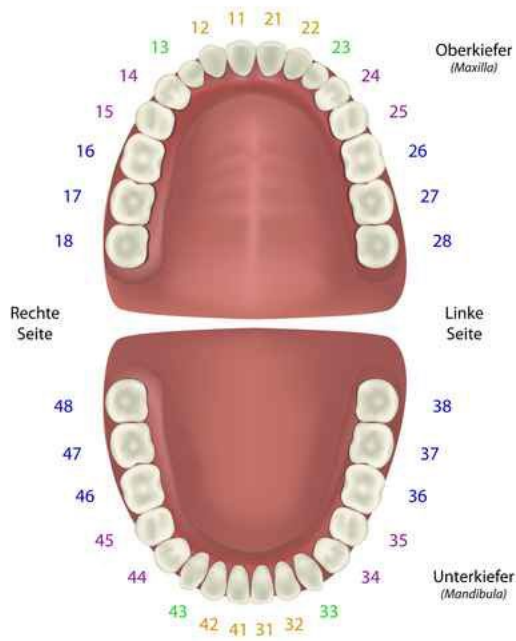
| | | | | | | | | | Links | | | | | | | | |
|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Ihr Befund | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oberkiefer | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | |
| | WZ | MZ | MZ | BZ | BZ | EZ | SZ | SZ | SZ | SZ | EZ | BZ | BZ | MZ | MZ | WZ | |
| Unterkiefer | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |
| Ihr Befund | | | | | | | | | | | | | | | | | |

f = fehlende Zähne
e = ersetzte Zähne
b = Brückenglied
g = gefüllter Zahn

k = überkronte Zähne
) (= Lücke geschlossen
z = zerstörte Zähne
(nicht erhaltungswürdig)

c = kariöse Zähne
im = Implantat
in = Inlay
d = defekte Füllung

p = Teilprothese
ge = Gebiss
s = sanierungsbedürftige
Zähne



max. Ausgabe für eine Zahnzusatzversicherung:

Hiermit bestätige ich, dass ich nach meinem heutigen Wissen alle Angaben korrekt und wahrheitsgemäß angegeben habe.

Ort, Datum

Unterschrift