

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

Füllungen

Inlays

Zahnreinigung

Amalgamaustausch

Wurzelbehandlung

Parodontose

Kronen

Brücken

Implantate

Prothese

Zahnspange

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?

(Es werden Auslagen entstehen)

Ja Nein

Zahn-Finanzierung:

Wünschen Sie ein
Kreditangebot für Ihre
Zahnbehandlung?

Ja Nein

Kreditsumme:

machbare mtl. Rate:

Notizen:

7. Zahn Zustand – Ist Situation

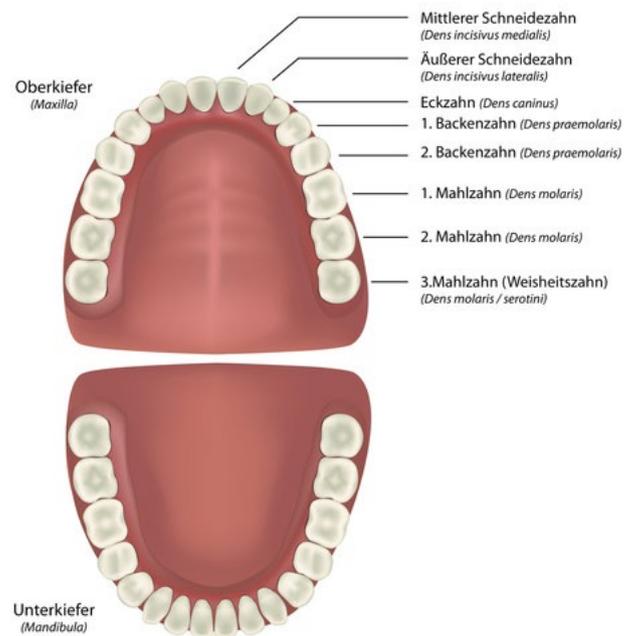
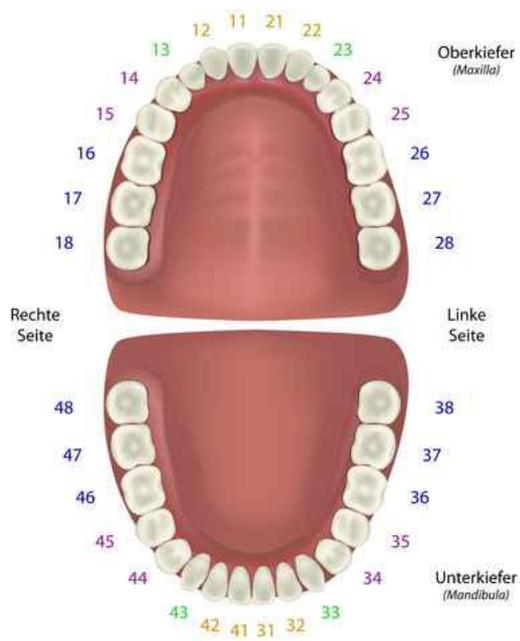
									Links								
Ihr Befund																	
Oberkiefer	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	WZ	MZ	MZ	BZ	BZ	EZ	SZ	SZ	SZ	SZ	EZ	BZ	BZ	MZ	MZ	WZ	
Unterkiefer	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Ihr Befund																	

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