

Vordruck 5a: Parodontalstatus Blatt 1

Gültig ab 01.07.2018

| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Vertragszahnarzt-Nr.</td> <td style="text-align: right;">Datum</td> </tr> </table> <p>Zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen</p> <p>Allgemeine Vorgeschichte</p> <p>Diabetes mellitus <input type="checkbox"/></p> <p>Bluterkrankungen (z. B. Leukämie) <input type="checkbox"/></p> <p>HIV-Infektion <input type="checkbox"/></p> <p>Genetische Erkrankung (z. B. Down-Syndrom) <input type="checkbox"/></p> <p>Osteoporose <input type="checkbox"/></p> <p>Tabakkonsum <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges <input type="checkbox"/></p> <p>Famillenvorgeschichte</p> <p>Eltern hatten Zahnfleischerkrankungen und ggf. dadurch Zähne verloren <input type="checkbox"/></p> <p>Spezielle Vorgeschichte</p> <p>Zahnfleischbluten <input type="checkbox"/></p> <p>Entzündungen mit Anschwellen des Zahnfleisches <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnwanderungen <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnverlust durch Zahnlockerung <input type="checkbox"/></p> <p>Frühere Zahnfleischbehandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Angabe des Jahres ca. <input type="text"/></p> <p>Befund</p> <p>Marginales Parodontium</p> <p>Bluten auf Sondieren <input type="checkbox"/> generell <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> lokalisiert <input type="checkbox"/></p> <p>Subgingivaler Zahnstein <input type="checkbox"/></p> <p>Taschensekretion <input type="checkbox"/></p> <p>Folgen von Parafunktionen</p> <p>Abrasionen / Schliff-Flächen <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnersatz</p> <p>Festsitzend <input type="checkbox"/> Angabe des Jahres ca. <input type="text"/></p> <p>Herausnehmbar <input type="checkbox"/> Angabe des Jahres ca. <input type="text"/></p> <p>Anschrift Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> | Krankenkasse bzw. Kostenträger | | | Name, Vorname des Versicherten | | geb. am | Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status | Vertragszahnarzt-Nr. | | Datum | <p style="text-align: right;">PARODONTALSTATUS Blatt 1</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlungsplan</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieergänzung</p> <p>Diagnose</p> <p>Chronische Parodontitis <input type="checkbox"/></p> <p>Aggressive Parodontitis <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen <input type="checkbox"/></p> <p>Nekrotisierende Parodontalerkrankung <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontalabszess <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen <input type="checkbox"/></p> <p>Gingivale Vergrößerungen <input type="checkbox"/></p> <p>Gingiva- und Weichgewebswucherung <input type="checkbox"/></p> <p>ergänzende Angaben zur Diagnose</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Therapieergänzung (ggf. eintragen):</p> <p>Behandlungsplan vom <input type="text"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Geb.-Nr.</th> <th>Anz.</th> <th>Zahnangabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P202</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>P203</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>111</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>Entscheidung der Krankenkasse</p> <p>Die Kosten der vorgesehenen systematischen Par-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> nicht übernommen. <input type="checkbox"/></p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%; text-align: center; color: blue; font-size: 2em; font-weight: bold; opacity: 0.5;">Muster</div> | Geb.-Nr. | Anz. | Zahnangabe | P202 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | P203 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 111 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|---|--------------------------------|----------------------|--|--------------------------------|--|---------|---------------------|------------------|--------|----------------------|--|-------|---|----------|------|------------|------|----------------------|----------------------|------|----------------------|----------------------|-----|----------------------|----------------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | geb. am | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vertragszahnarzt-Nr. | | Datum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geb.-Nr. | Anz. | Zahnangabe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P202 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P203 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 111 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SCHÜTZDRUCK, Tel. (0611) 32 73 44 - www.schutzdruck.de
Vordr.-Nr. Z 501 03.18