

Name Patient \_\_\_\_\_

♀  ♂

Datum \_\_\_\_\_

### Zahnstatus / Biomechanik

siehe Basisbefund vom: \_\_\_\_\_ (Datum)

Röntgenbefund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartsubstanz Läsionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzbefund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorh. Versorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okkl.-Protokoll in HO <input type="checkbox"/>	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
in ZO <input type="checkbox"/>	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	36	37	38	
Vorh. Versorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzbefund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartsubstanz Läsionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenbefund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Mundhygiene

Foetor   
  Zahnstein   
  Konkremete   
  SBI (%)   
  API (%)   

### Paro-screening



1.Sextant	2.Sextant	3.Sextant	PSI	PGU		
			0 Taschentiefe	< 3,5	< 3	kein Blut, kein ZST
			1 Taschentiefe	< 3,5	< 3	Blut bei Sondierung, o. ZST
			2 Taschentiefe	< 3,5	< 3	Blut bei Sondierung+ZST
			3 Taschentiefe	3,5 - 5,5	3 - 5	
			4 Taschentiefe	> 5,5	> 5	

### Funktions-screening



**Muskulatur + Kiefergelenk** anamnestisch, subjektiv

Schmerzen im Kopfbereich anamnestisch  nein  ja

Schmerzen i. d. Muskulatur anamnestisch  nein  ja

Besonderheit in der Beweglichkeit  nein  ja

Besonderheit in der Belastbarkeit  nein  ja

Geräusche  nein  ja

**Klinische Beurteilung funktioneller Parameter**

nein  ja HO ≠ ZO? (CO ≠ CR? / IKP ≠ RKP?)

nein  ja Besonderheit beim Überbiss (vertikal/horizontal)

unverl.  verletzt Besonderheit in der Zahnmorphologie

nein  ja Abfraktionen

nein  ja Rezessionen

### Soziale Aspekte

Ästhetik (subjektiv)   
 Befindlichkeit (subjektiv)

### Weitergehende Befundung

Mundhygiene   
  PA   
  Funktionsanalyse   
  Ästhetik   
  Risikomanagement   
  Befindlichkeit   
  Prothetikplan

Vorläufiges Behandlungsziel \_\_\_\_\_