

Fragebogen Zahnbehandlung

Zahnbehandlung für KL5 KL4, KL8, KL9 KL10, geb. KL22

Befunde

1. Datum und Grund der Befundaufnahme

2. Zahnappell zur Zeit der Berichterstattung (fehlende Zähne streichen)

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

3. Befunde

Zahnhygiene, Pflegezustand, Motivation

Kieferknochen und Weichteile

Parodontaler Zustand

Zähne, Karies, Frakturen, Substanzverlust

Zähne mit infauster Prognose, Wurzelreste

Zahnersatz / kieferorthopädische Apparaturen
(genaue Angaben über Zustand und allfällige Schäden)

Diagnose

1. Beschreibung

Für Kieferorthopädie zusätzlich:

Grad 1 – Behandlung kann erwogen werden

Die intra- und intermaxillären Abweichungen liegen an der Grenze der mittleren Streubreite; aus zahnärztlicher Sicht besteht kein Behandlungsbedarf.

Grad 2 – Behandlung wünschenswert

Zustände, die nicht optimal sind, jedoch Strukturen, Stabilität und Funktionsmuster des stomatognathischen Systems kaum/nicht wesentlich gefährden.

Grad 3 – Behandlung notwendig, Ziffer:

Fehlerhafte Entwicklungen, die im weiteren Verlauf in eine schwerwiegende Abweichung weisen oder Zustände, die langfristig die Stabilität und Funktion des stomatognathischen Systems gefährden wie:

- 3-1 Okkluso-funktionelle Interferenzen mit lateraler oder antero-posteriorer Unterkieferauslenkung grösser als 2mm, laterale und progene Zwangsbisse
- 3-2 Unterminierende Resorption durch 6er an Milchfütern, wie auch durch 2er an Milchdreiern
- 3-3 Engstand: Durchbruchstörungen infolge massiven Engstandes oder Durchbruchsabweichung nach vestibulär mit drohender Gingivarezession über Schmelz-Zementgrenze hinaus
- 3-4 Nichtanlage eines strategisch wichtigen Zahnes; Multiple Nichtanlagen, wobei die Stellung der vorhandenen Zähne eine sinnvolle prothetische Versorgung verunmöglicht (Zahnverluste durch Trauma mit gleicher Problematik > Unfallversicherung bzw. Krankenkasse)
- 3-5 Overjet 8mm und grösser, kombiniert mit vorherrschender Lippeninterposition
- 3-6 Negativer Overjet
- 3-7 Tiefbiss mit eindeutiger Traumatisierung der palatinalen/vestibulären Gingiva (Einbissrille/Rezession)
- 3-8 Offener Biss, frontal (Schneide- und Eckzähne) über mehr als 4, lateral (Prämolaren und Molaren exkl. 8er) über mehr als zwei Antagonistenpaare
- 3-9 Bukkale Nonokklusion über mehr als 2 Antagonistenpaare pro Seite (exkl. 8er)
- 3-10 Sprachliche Entwicklungsstörungen als Folge von Zahnfehlstellungen wie übergrosses Diastema, offener Biss und ähnliches, logopädische Indikation mit Attest
- 3-11 Sonderkonstellationen mit schwerster Beeinträchtigung der intramaxillären Entwicklung und/oder der okklusären Beziehung; vor allem instabile Gegebenheiten, welche die Gesichtshöhe langfristig nicht sichern können, oder funktionelle Begleitsymptome mit sehr hohem Risikofaktor für traumatisierende Okklusion und myoarthrotische Beschwerden

Grad 4 – Behandlung zwingend, Ziffer:

Strukturschädigende / potentiell strukturschädigende Abläufe und Zustände wie:

- 4-1 Entwicklungsverlauf, welcher progredienten Strukturverlust an bleibenden Zähnen, Parodont, Kieferknochen oder Kiefergelenk auslöst oder unterhält.
- 4-2 Frühe Ankylose von Milchmolaren
- 4-3 Durchbruchsverzögerungen infolge überzähliger Zähne oder anderer Hindernisse
- 4-4 Zahnverlagerungen mit drohender/eingetretener Wurzelresorption an bleibenden Nachbarzähnen, betrifft hauptsächlich die Zähne 13 12 22 23.
- 4-5 Schmerzzustände, die auf dysfunktionelle Einflüsse der Weichteile oder der Okklusion zurückzuführen sind.

Behandlungsziel

Abwarten

(Aktive und kontrollierte Mitarbeit über die letzten 18 Monate ist noch nicht gesichert)

Daher: Schmerzbehandlung, Endodontie nur bei strategisch wichtigen Zähnen oder bei geschlossener Frontbezahnung, dentaler Volumenersatz mittels langfristig provisorischer Massnahmen.

Dafür: Hygieneintensivprogramm und Motivation zur Selbstverantwortung

Sanierung/Teilsanierung

(Aktive und kontrollierte Mitarbeit über die letzten 18 Monate ist gesichert und attestiert)

Begründung, Beschreibung (kurz):

Planung

1. *Sofortmassnahmen*

Diagnostische Massnahmen, therapeutische Sofortmassnahmen

2. *Behandlungsplan*
(Kurzbeschreibung, zahnweise)

3. *Schema der Behandlungsmassnahmen / des Zahnersatzes*

rechts Oberkiefer links



rechts Unterkiefer links



4. *Weitere in den nächsten fünf Jahren absehbare zahnärztliche Behandlungen*

- Nein, keine
- Ja, welche?

5. *Gewähr*

Nach Abschluss der Behandlung besteht die Gewähr für regelmässige zahnärztliche Kontrollen (Recall).

- Ja
- Nein

Ort und Datum

Praxisstempel/Unterschrift BehandelndeR bzw. PraxisinhaberIn

Beilagen:

- allfälliger neuer Kostenvoranschlag
(Das Ausfüllen dieses Formulars kann mit Pos. 4040 in Rechnung gestellt werden.)
- Röntgenbilder/OPT-Kopie (allenfalls digital auf CD), mit Namen und Datum beschriftet
- für Zahntechnikerkosten Kostenvoranschlag des Zahntechnikers