Deutsche Bundeswehr

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen ☒

Schutzbereich 3

Parodontalstatus

Blatt 1 von 2

Behandlungsplan Therapieergänzung

Stempel der zuständigen Truppen(zahn)ärztin/ des zuständigen Truppen(zahn)arztes

Name, Vorname, Dienstgrad	Personenkennziffer

Truppenteil/Dienststelle

Diensteintritt	Voraussichtliches Dienstzeitende	Status
		☐ BS ☐ SaZ ☐ FWDL, Monate: ☐ GWDL

Allgemeine Vorgeschichte

- Diabetes mellitus ☐
- Bluterkrankungen (z.B. Leukämie) ☐
- HIV-Infektion ☐
- Genetische Erkrankung ☐
- Osteoporose ☐
- Tabakkonsum ☐
- Sonstiges:

Familienvorgeschichte

Eltern hatten Zahnfleischerkrankungen und ggf. dadurch Zähne verloren ☐

Spezielle Vorgeschichte

- Zahnfleischbluten ☐
- Entzündungen u. Anschwellen des Zahnfleisches ☐
- Zahnverlust durch Zahnlockerung ☐
- Frühere Zahnfleischbehandlungen - geschlossen ☐
  - offen ☐
- Angabe des Jahres ca.:

Marginales Parodontium

- Bluten auf Sondieren generell ☐ lokalisiert ☐
- Subgingivaler Zahnstein ☐
- Taschensekretion ☐

Folgen von Parafunktionen

- Abrasionen/Schliff-Flächen ☐

Zahnersatz

- Festsitzend Angabe des Jahres ca. ☐
- Herausnehmbar Angabe des Jahres ca. ☐

Diagnose

- Chronische Parodontitis ☐
- Aggressive Parodontitis ☐
- Parodontitis als Manifestation einer Systemerkrankung ☐
- Nekrotisierende Parodontalerkrankung ☐
- Parodontalabszess ☐
- Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen ☐
- Gingivahyperplasien ☐
- Rezidiv einer chronischen/aggressiven Parodontitis ☐

Ergänzende Angaben zur Diagnose:

Therapieergänzung (ggf. eintragen):

Behandlungsplan vom

Geb.-Nr.	Anzahl	Zahnangabe
P202		
P203		
111		

Datum, Unterschrift und Stempel der Zahnärztin/des Zahnarztes

Stellungnahme des zahnärztlichen Sachverständigen

Die Behandlung wird

☐ **1.** befürwortet wie geplant. ☐ **2.** befürwortet mit Änderungen. ☐ **3.** nicht befürwortet.

Stempel	Ort, Datum, Unterschrift

4. Begründung

☐ Siehe Anlage

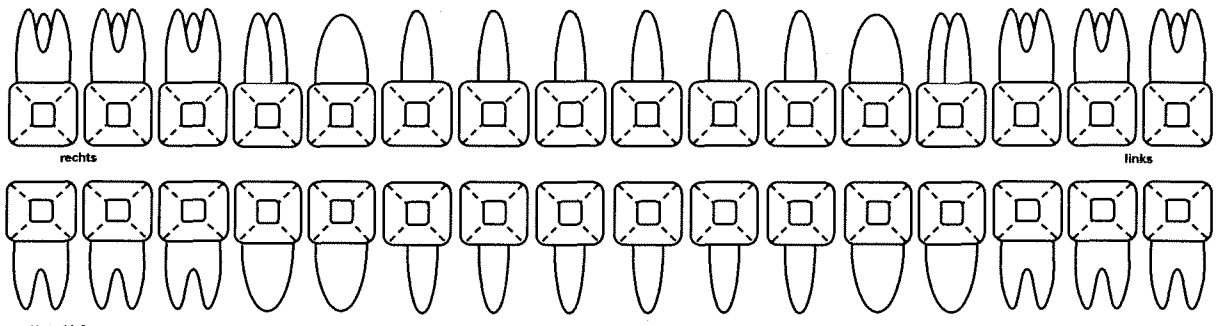
Verteiler:
1. bis 3. Ausftg an entscheidungsberechtigten SanOffz
4. Ausfertigung behandelnde Zahnärztin/behandelnder Zahnarzt

Parodontalstatus

Blatt 2 von 2 **PK:** **Schutzbereich 3**

Rezession																	Rezession
Geschl. Vorgehen																	Geschl. Vorgehen
Offenes Vorgehen																	Offenes Vorgehen

Oberkiefer



Unterkiefer

Offenes Vorgehen																	Offenes Vorgehen
Geschl. Vorgehen																	Geschl. Vorgehen
Rezession																	Rezession

Hinweise zum Ausfüllen

1. Die Sondiertiefen der Zahnfleischtaschen sind in mm mesial-distal oder fazial-oral einzutragen:
2. Der Grad (I,II,III) der Zahnlockerung ist in das zentrale Feld des Zahnbildes einzutragen:
3. Der Grad (1,2,3) des Furkationsbefalls ist wie folgt einzutragen:
4. Fehlende Zähne sind durchzukreuzen
5. Rezessionen sind in mm einzutragen
6. Einzutragen ist, ob ein geschlossenes oder offenes Vorgehen geplant ist
7. Wird dieser Vordruck für die Abrechnung einer Therapieergänzung verwendet, sind nur die Nummern P202, P203 oder 111 abrechnungsfähig

Geplante Leistungen

Geb.-Nr.	Anzahl
4	
P200	
P201	
P202	
P203	
108	
111	

Datum, Unterschrift und Stempel der Zahnärztin/des Zahnarztes

Gutachten

☐ Gutachterlich befürwortet

☐ Gutachterlich nicht befürwortet
(Begründung auf gesondertem Blatt)

Datum, Unterschrift und Stempel der Zahnärztin/des Zahnarztes

Abrechnung

Geb.-Nr.	Anzahl	Punkte	Anz. x Pkt.
4			
P200			
P201			
P202			
P203			
108			
111			

Summe
x Punktwert
= Honorar €
sonstige Kosten €
Abschluss der Behandlung, Datum

Datum, Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes

Entscheidung des zuständigen Sanitätsoffiziers

Die Behandlung wird

☐ **1.** genehmigt wie geplant. ☐ **2.** genehmigt mit Änderungen. ☐ **3.** nicht genehmigt.

5. Bei Entscheidung nach 1.: Aus Bundesmitteln werden die Kosten für die vorgesehene systematische Pa-Behandlung und die Material- und Laborkosten (Einzelnachweis) übernommen.

4. Begründung

☐ Siehe Anlage

6. Bei Entscheidung nach 2.: Kostenübernahme mit folgender Änderung (Bema-Nr):

7. Die Kostenübernahmeerklärung ist vom Genehmigungsdatum ab für die Dauer der Behandlung gültig, längstens jedoch bis zur Beendigung des Wehrdienstes. Sie ist hinfällig, wenn die Behandlung vor Genehmigung begonnen wurde oder anders als genehmigt durchgeführt wird.

Stempel	Ort, Datum, Unterschrift	**Verteiler:** 1. und 2. Ausftg über zuständige(n) Truppen(zahn)ärztin/-arzt an behandelnde Zahnärztin/behandelnden Zahnarzt 3. Ausftg. zdA des entscheidungsberechtigen SanOffz

Erklärung der Soldatin/des Soldaten

Von der Entscheidung des zuständigen Sanitätsoffiziers, insbesondere von Nr. 7, habe ich Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift