

Checklisten Zahnersatz-Mängelgutachten

Name des Versicherten

Name	Vorname	geb. am
Ehegatte/Kind/sonstige Angehörige	Vorname	geb. am
Versichertennummer		

Name des Zahnarztes

--

Bitte geben Sie zur besseren Nachvollziehbarkeit der Behandlung Auskunft über alle verfügbaren Befunde zum Zeitpunkt der Therapieplanung und den Behandlungsablauf nach Eingliederung des Zahnersatzes.

Befund zum Zeitpunkt der Planung

Datum des Befundes:

B																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B																

D-Fall? **Ja** **Nein**

Zur Verfügung gestellte Unterlagen:

	Anzahl	Datum
Zahnfilm		
OPG		
Modelle		
Sonstiges		
Kopie der Behandlungsdokumentation von/bis:		

	Ja	Nein
War die Mundhygiene für eine erfolgreiche Therapie ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagen parodontale Erkrankungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ging der prothetischen Versorgung eine Schienentherapie voraus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde die Behandlung gemäß dem Heil- und Kostenplan durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zum Ablauf der Behandlung:

Traten Komplikationen während der Behandlung auf? Wenn ja, welche?*

Wann äußerte die Patientin bzw. der Patient zum ersten Mal Beschwerden und welcher Art waren sie?*

Wie stellten sich die Beschwerden für Sie als behandelnde Zahnärztin bzw. behandelnder Zahnarzt dar?*

Welche Maßnahmen führten Sie zur Beseitigung der Beschwerden durch und wie viele Nachbehandlungen fanden statt?*

* maximal 5 Zeilen, sonst Ergänzungsblatt verwenden

Ich möchte an der klinischen Untersuchung des Patienten bzw. der Patientin teilnehmen.

Ja

Nein

Ort, Datum

Unterschrift