

## Checklisten PAR-Begutachtung

Name des Versicherten

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

Name des Zahnarztes

--

Bitte füllen Sie diesen Begleitbogen umgehend aus und senden ihn mit aktuellen Röntgenaufnahmen an den Gutachter, um eine zügige Begutachtung zu gewährleisten.

### I. Zur Verfügung gestellte Unterlagen

	Anzahl	Datum
Zahnfilm		
OPG		
Sonstiges		

### II. Epikrise der vorliegenden Parodontitis\*

(Diagnose, Verlauf, erschwerende Besonderheit wie Grunderkrankung, Medikamente, Nikotin, Alkohol)

--

### III. Vorbehandlungsmaßnahmen

	Ja	Datum
Aufklärung zur PAR-Pathogenese	<input type="checkbox"/>	
individuelle Anleitung zur Mundhygiene	<input type="checkbox"/>	
Entfernung von Zahnstein	<input type="checkbox"/>	
Kontrolle der häuslichen Mundhygiene	<input type="checkbox"/>	
ggf. PZR	<input type="checkbox"/>	

### IV. Beurteilung der Mitarbeit des Patienten

	Ja	verbesserungs- bedürftig	nein
Motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
effektive häusliche Mundhygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### V. Erschwerende Besonderheiten (z. B. Behinderungen, eingeschränkte Alltagskompetenz)\*

--

\*max. 3 Zeilen, sonst Ergänzungsblatt verwenden

Erfolgt eine klinische Untersuchung des Patienten bzw. der Patientin, so möchte ich teilnehmen.

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift