

5. Prozess- und Ablaufbeschreibungen

Die wesentlichen Prozesse der Patientenversorgung und der Einrichtungsorganisation werden einrichtungsspezifisch identifiziert, geregelt und beispielsweise in Form von Tabellen, Flussdiagrammen oder Verfahrensanweisungen dargestellt. Dabei werden die Verantwortlichkeiten, besonders für alle sicherheitsrelevanten Prozesse, in die Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen aufgenommen und fachliche Standards berücksichtigt. Die Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen stehen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung und werden in festzulegenden Abständen überprüft und bei Bedarf angepasst. Alle beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen diese nachvollziehen und ihre jeweilige Aufgabe ableiten können.

Patientenaufnahme und Erstvorstellung

Für die Sicherstellung einer vollständigen, freundlichen und rechtssicheren Aufnahme neuer und bekannter Patienten.

- ➔ Details dazu finden Sie in der Checkliste „Patientenaufnahme allgemein“

Terminvergabe und Erreichbarkeit

Gewährleistung einer patientenorientierten, effizienten und nachvollziehbaren Terminorganisation.

- ➔ Details dazu finden Sie in der Checkliste „Terminvergabe und Erreichbarkeit“

Behandlungsablauf

Für einen geordneten, effizienten und gleichmäßigen Behandlungsablauf in der Zahnarztpraxis.

- ➔ Details dazu finden Sie in der Checkliste „tägliche Praxischeckliste und Behandlungsablauf allgemein“

Chirurgische Eingriffe

Eine OP-Checkliste sichert operative Eingriffe durch standardisierte Abläufe. Sie dient der Fehlervermeidung und Patientensicherheit vor, während und nach chirurgischen Eingriffen.

- ➔ Details dazu finden Sie in dem Protokoll
„Chirurgischer Eingriffe - Lachgassedierung“ und
„Checkliste – zahnärztliche Operation“

Das vertragszahnärztliche Gutachterwesen

Der Zweck des vertragszahnärztlichen Gutachterwesens ist die Qualitätssicherung und die Klärung von Mängeln in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Zahnärzte und Zahnärztinnen sind verpflichtet, laut BGB, § 630f vollständig zu dokumentieren und dem Gutachter die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen unverzüglich, innerhalb einer Woche zur Verfügung zu stellen (§ 2 der Anlage 6 zum BMV-Z).

Anhand der Checklisten die wir zur Verfügung stellen, finden Sie alle Unterlagen welche bei einer Begutachtung benötigt werden. Diese Daten können datenschutzkonform und schnell via KIM übermittelt werden.

Für eine gute Zuordnung der Daten, sollte Sie bitte auf folgende Details achten:

- in der Signatur sollte ein eindeutiger Praxisname oder die Adresse der Praxis hinterlegt sein
- bei Röntgenaufnahmen ist die Angabe des Erstellungsdatum der Originalaufnahme notwendig
- der Patientename kann bereits im Text oder in der Betreffzeile angegeben werden (durch die Verschlüsselung von KIM stellt das keinen Datenschutzverstoß dar)

Weitere Details zum Gutachterverfahren der KZV Sachsen

- Einspruchsfristen
- Aktuelle Checklisten zum Ausfüllen (beinhaltet alle notwendigen Behandlungsunterlagen welche den Vertragsgutachtern zur Verfügung gestellt werden sollen.)
- Rechtliche Grundlagen

➔ finden Sie auf unserer Website unter:

<https://www.zahnaerzte-in-sachsen.de/zahnarztpraxis/praxis/praxisfuehrung/begutachtung/>

➔ Details dazu finden Sie in folgenden Checklisten

- PAR-Gutachten
- Begutachtung von kieferorthopädischen Therapien
- Zahnersatz – Planungsgutachten
- Zahnersatz – Mängelgutachten
- Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Checkliste Patientenaufnahme allgemein

Datum	
Durchgeführt von	

Muster muss an Gegebenheiten der Praxis angepasst werden.

Checkliste

- ☐ Begrüßung und Identifikation (Name, Geburtsdatum)
- ☐ Anamnesebogen (vollständig, aktualisiert, unterschrieben)
- ☐ Datenschutzerklärung unterschrieben
- ☐ Einwilligung zur Behandlung / Aufklärung vorhanden
- ☐ Allergien und Medikamente dokumentiert
- ☐ eGK (eingelesen / Versicherungsstatus geprüft)
- ☐ Aktuelle Beschwerden / Behandlungsanlass erfasst
- ☐ Besondere Bedürfnisse notiert (Angst, Mobilität, Sprache ...)
- ☐ Stammdaten in Praxissoftware vollständig
- ☐ Patientenakte an Behandler übergeben

Zusammenfassung / Bemerkungen

Datum: _____

Unterschrift QM-Beauftragter: _____

Checkliste Terminvergabe und Erreichbarkeit

Datum	
Durchgeführt von	

Tabelle muss an die Praxisgegebenheiten angepasst werden.

Erreichbarkeit

- ☐ Telefonische Erreichbarkeit während der Öffnungszeiten sicherstellen
- ☐ Außerhalb der Sprechzeiten: Anrufbeantworter mit klaren Hinweisen (Notdienst, Rückrufzeiten)
- ☐ Online-Terminbuchung (falls vorhanden) regelmäßig prüfen
- ☐ E-Mail-Anfragen innerhalb von 1–2 Werktagen beantworten

Terminvergabe

- ☐ Termindauer realistisch planen (Pufferzeiten einplanen)
- ☐ Notfälle priorisieren (z.B. Kinder)
- ☐ Bestätigungstermine / Recalls systematisch vergeben
- ☐ Ausfallzeiten (Fortbildung, Urlaub) frühzeitig sperren
- ☐ Warteliste für kurzfristige Absagen führen

Zusammenfassung / Bemerkungen

Ort, Datum: _____

Unterschrift QM-Beauftragter: _____

Tägliche Praxis-Checkliste

Datum

Tabelle muss an die Praxisgegebenheiten angepasst werden.

Praxisöffnung (morgens)

- ☐ Alarmanlage / Zugangskontrolle geprüft
- ☐ Räume gelüftet, Temperatur in Ordnung, Heizung kontrollieren
- ☐ Alle elektronischen Geräte anschalten (Kompressor, Einheit, Röntgengeräte...)
- ☐ 2 Min. Durchspülen der wasserführenden Instrumente an der Behandlungseinheit (Turbinen, Motoren, Multifunktionsspritzen)
- ☐ Schwebetisch vorbereiten (Tray), Grundbesteck bereitlegen
- ☐ Becher, Sauger, Patientenserviette, Mundschutz und Handschuhe bereitstellen
- ☐ Computer / Praxissoftware gestartet und funktionsfähig
- ☐ Telefon / Anrufbeantworter geprüft
- ☐ Wartezimmer und Empfang vorbereitet
- ☐ Desinfektionsmittel und Verbrauchsmaterial aufgefüllt
- ☐ Instrumente in den Behandlungszimmern bestücken

Praxisschluss (abends)

- ☐ Alle Behandlungsräume desinfizieren, reinigen und aufräumen; Behandlungsstuhl hochfahren
- ☐ Sterilisator / Autoklav protokollieren und ausschalten
- ☐ Tagesabrechnung
- ☐ Abfall entsorgen (infektiös / Restmüll getrennt)
- ☐ Geräte ausschalten (außer Kühlschrank)
- ☐ Datensicherung
- ☐ Fenster und Türen schließen; Heizung kontrollieren
- ☐ Alarmanlage aktivieren
- ☐ Terminkalender für Folgetag prüfen

Zusammenfassung / Bemerkungen

Ort, Datum: _____

Unterschrift QM-Beauftragter: _____

Checkliste Behandlungsablauf allgemein

Datum

Tabelle muss an die Praxisgegebenheiten angepasst werden.

Checkliste Behandlungssitzung

- ☐ Patient aus Wartezimmer abholen und begrüßen
- ☐ Identifikation und Anamnese-Update prüfen
- ☐ Behandlungsziel und geplante Maßnahmen erläutern
- ☐ Aufklärung durchführen und Einwilligung einholen (bei invasiven Maßnahmen)
- ☐ Hygienevorbereitung (Handschuhe, Schutzbrille, Abdeckung)
- ☐ Behandlung durchführen unter Assistenz
- ☐ Nachsorgehinweise geben und dokumentieren
- ☐ Nächsten Termin vereinbaren bzw. Recall eintragen
- ☐ Dokumentation in der Patientenakte abschließen
- ☐ Behandlungsraum aufräumen und desinfizieren

Besonderheiten

- ☐ Angstpatienten: Mehr Zeit einplanen, empathische Kommunikation
- ☐ Kinder: Angepasste Kommunikation und Begleitung durch Eltern
- ☐ Notfallpatienten: Sofortige Versorgung nach Priorität. (Stürze und Unfälle)

Zusammenfassung / Bemerkungen

Ort, Datum: _____

Unterschrift QM-Beauftragter: _____

Protokoll – Chirurgische Eingriffe (Lachgassedierung bei zahnärztlichen Operationen)

Datum	
Patient	
Zahn/Region	
Behandler / Assistent	

Tabelle muss an die Praxisgegebenheiten angepasst werden.

Checkliste vor dem Eingriff

- ☐ Der Patient ist eindeutig identifiziert
- ☐ Anamnesebogen, Medikamente und Allergien sind geprüft
- ☐ Eignung/Kontraindikationen für Lachgas geprüft
- ☐ Aufklärung & Einwilligung dokumentiert
- ☐ OP-/Röntgenbefund vorhanden

Geräte und Notfallbereitschaft

- ☐ Lachgasgerät funktionsfähig
- ☐ O₂-/N₂O-Versorgung ausreichend
- ☐ Nasenmaske & Schlauchsystem dicht/korrekt
- ☐ Absaugung der Ausatemluft funktionsfähig
- ☐ Pulsoxymeter/Monitoring einsatzbereit
- ☐ Sauerstoff & Notfallausrüstung verfügbar

TEAM-TIME-OUT

- ☐ Richtiger Patient
- ☐ Richtiger Zahn/OP-Bereich
- ☐ Richtiger Eingriff
- ☐ Ausgangszustand/Vitalparameter kontrolliert
- ☐ Patient ansprechbar & kooperationsfähig

Während der Behandlung

- ☐ Lachgas schrittweise titriert
- ☐ Sedierungstiefe kontrolliert
- ☐ Ansprechbarkeit/Reaktionsfähigkeit überwacht
- ☐ Atmung & Oxygenierung überwacht
- ☐ Kreislauf/Vitalparameter überwacht
- ☐ N₂O-/O₂-Einstellung dokumentiert

- ☐ Auffälligkeiten sofort behandelt/dokumentiert

Checkliste nach dem Eingriff

- ☐ Lachgas beendet
- ☐ O₂-Gabe gemäß Praxisstandard
- ☐ Patient wach, orientiert & klinisch stabil
- ☐ Vitalparameter unauffällig
- ☐ Blutung/Wunde kontrolliert
- ☐ Postoperative Hinweise erteilt
- ☐ Entlassungskriterien erfüllt
- ☐ Begleitperson ggf. informiert/übergeben

Dokumentation

- ☐ Sedierungsbeginn/-ende dokumentiert
- ☐ Monitoring/Vitalparameter dokumentiert
- ☐ N₂O-/O₂-Verlauf dokumentiert
- ☐ Lokalanästhesie & Medikamente dokumentiert
- ☐ OP-Verlauf/Besonderheiten dokumentiert
- ☐ Entlassungszustand dokumentiert

Besonderheiten/Komplikationen:

Entlassungszeit: _____ Uhr

Behandler-Kürzel: _____

Assistenz-Kürzel: _____

Zusammenfassung / Bemerkungen

Ort, Datum: _____

Unterschrift QM-Beauftragter: _____

Protokoll – Chirurgische Eingriffe (zahnärztlichen Operation)

Datum	
Patient	
Zahn/Region	
Behandler / Assistent	

Tabelle muss an die Praxisgegebenheiten angepasst werden.

Checkliste vor dem Eingriff

- ☐ Der Patient ist eindeutig identifiziert
- ☐ Anamnesebogen, Medikamente und Allergien sind geprüft
- ☐ Aufklärung & Einwilligung dokumentiert
- ☐ OP-/Röntgenbefund vorhanden

Geräte und Notfallbereitschaft

- ☐ OP-Raum hygienisch vorbereitet
- ☐ Steriles Instrumentarium/Material vollständig
- ☐ Geräte und Absaugung funktionsfähig
- ☐ Lokalanästhesie vorbereitet
- ☐ Sauerstoff & Notfallausrüstung verfügbar

TEAM-TIME-OUT

- ☐ Richtiger Patient
- ☐ Richtiger Zahn/OP-Bereich
- ☐ Richtiger Eingriff
- ☐ Risiken, Allergien und Medikation bekannt
- ☐ Röntgenbild nochmals geprüft
- ☐ Team- und Instrumentarium vollständig
- ☐ OP-Freigabe erfolgt

Während der Behandlung

- ☐ Lokalanästhesie dokumentiert
- ☐ Steriles Arbeiten sichergestellt
- ☐ Patientenzustand überwacht
- ☐ Blutstillung sichergestellt
- ☐ Ggf. Histologie/Probenversand veranlasst
- ☐ Besonderheiten/Komplikationen dokumentiert

Checkliste nach dem Eingriff

- ☐ Wund- und Blutungskontrolle erfolgt
- ☐ Patient entlassungsfähig
- ☐ Postoperative Verhaltenshinweise gegeben
- ☐ Medikation/Schmerztherapie besprochen
- ☐ Verhalten bei Nachblutung/Komplikationen erklärt
- ☐ Nachkontrolle/Nahtentfernung vereinbart
- ☐ OP-Bericht vollständig dokumentiert

Besonderheiten/Komplikationen:

Entlassungszeit: _____ Uhr

Behandler-Kürzel: _____

Assistenz-Kürzel: _____

Zusammenfassung / Bemerkungen

Ort, Datum: _____

Unterschrift QM-Beauftragter: _____

Checkliste zur PAR-Begutachtung

Name und Anschrift des Zahnarztes	Name, Vorname der/des Versicherten	geb. am
	Name und Vorname (Ehegatte/Kind/sonstige Angehörige)	geb. am
	Versichertennummer	Krankenkasse

Bitte füllen Sie diesen Begleitbogen aus und senden ihn umgehend mit aktuellen, auswertbaren Röntgenbildern, deren Aufnahmedatum und Aufnahme-region, sowie dem PAR-Befundblatt 1 & 2 an die Gutachterpraxis.

I. Zur Verfügung gestellte Unterlagen:

	Region	Datum
Zahnfilm mit Patientenangabe		
OPG mit Patientenangabe		
Sonstiges		

II. Epikrise der vorliegenden Parodontitis:

(Diagnose, Verlauf, erschwerende Besonderheiten, wenn nicht auf Blatt 1 (des PAR-Antrages) angegeben)

--

III. Vorbehandlungsmaßnahmen:

(optionale Angaben)

	ja	Datum
letzte Zahnsteinentfernung	☐	
letzte PZR	☐	

IV. Prothetische Versorgung:

(wenn prothetische Versorgung geplant, bitte Heil- und Kostenplan zur Information über therapeutisches Konzept beilegen)

	ja	geplanter Zeitrahmen
Interimsversorgung	☐	
definitive Versorgung	☐	

V. Teilnahme an der klinischen Untersuchung des Patienten bzw. der Patientin gewünscht:

☐ ja ☐ nein

Die Praxis ist erreichbar unter: _____

KIM-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Datum / Stempel der Zahnärztin / des Zahnarztes / Unterschrift

Checkliste Zahnersatz - Planungsgutachten

Name und Anschrift des Zahnarztes	Name, Vorname der/des Versicherten	geb. am
	Name und Vorname (Ehegatte/Kind/sonstige Angehörige)	geb. am
	Versichertennummer	Krankenkasse

Bitte füllen Sie diesen Begleitbogen umgehend (innerhalb einer Woche) aus und senden diesen mit den erforderlichen Unterlagen an den Gutachter.

Zur Verfügung gestellte Unterlagen:

	Anzahl
Zahnfilm mit Datums- und Patientenangabe	
OPG mit Datums- und Patientenangabe	
Modelle mit Datums- und Patientenangabe	
Interorale Fotos mit Datums- und Patientenangabe	
ggf. Angaben zur Allgemeinanamnese	
Sonstiges, ergänzende Unterlagen	

Vorbehandlungen:

	nicht erforderlich	durchgeführt	geplant
konservierende Vorbehandlungen	☐	☐	☐
chirurgische Vorbehandlungen	☐	☐	☐
PAR-Vorbehandlungen	☐	☐	☐
Bisslageänderungen/Schienentherapie	☐	☐	☐
evtl. Begründung für geplante Behandlung:			

Teilnahme an der klinischen Untersuchung des Patienten bzw. der Patientin gewünscht:

☐ ja ☐ nein

Die Praxis ist erreichbar unter: _____

KIM-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Datum / Stempel der Zahnärztin / des Zahnarztes / Unterschrift

Checkliste Zahnersatz - Mängelgutachten

Name und Anschrift des Zahnarztes	Name, Vorname der/des Versicherten geb. am Name und Vorname Ehegatte/Kind/sonstige Angehörige) geb. am Versichertennummer Krankenkasse
-----------------------------------	---

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
Zahnfilm mit Datums- und Patientenangabe	☐
OPG mit Datums- und Patientenangabe	☐
beschriftete Modelle	☐
sonstiges	☐
Kopie der Behandlungsdokumentation von/bis:	☐

	ja	nein
War die Mundhygiene für eine erfolgreiche Therapie ausreichend?	☐	☐
Lagen parodontale Erkrankungen vor?	☐	☐
Ging der prothetischen Versorgung eine Schienentherapie voraus?	☐	☐
Wurde die Behandlung gem ^a § dem HKP durchgeführt?	☐	☐

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?

Teilnahme an der klinischen Untersuchung des Patienten bzw. der Patientin gewünscht:

☐ ja ☐ nein

Die Praxis ist erreichbar unter: _____

KIM-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Datum / Stempel der Zahnärztin / des Zahnarztes / Unterschrift

Checkliste für die Begutachtung von kieferorthopädischen Therapien

Name und Anschrift des Zahnarztes

Name, Vorname der/des Versicherten	geb. am
Name und Vorname (Ehegatte/Kind/sonstige Angehörige)	geb. am
Versichertennummer	Krankenkasse

Bitte füllen Sie diesen Begleitbogen umgehend (innerhalb einer Woche) aus und senden diesen mit den erforderlichen Unterlagen an den KFO-Gutachter.

Zur Verfügung gestellte Unterlagen:

	vorhanden	nicht erforderlich
Zahnfilm mit Datums- und Patientenangabe	☐	☐
OPG mit Datums- und Patientenangabe	☐	☐
FRS mit Datums- und Patientenangabe	☐	☐
schriftliche Auswertung des FRS	☐	☐
beschriftete Modelle inkl. schriftl. Auswertung	☐	☐
extraorale Fotos, inkl. schriftlicher Auswertung	☐	☐
Kieferchirurgisches Behandlungskonzept zur geplanten kombiniert kfo.-kch. Therapie	☐	☐
Sonstiges, ergänzende Unterlagen	☐	☐
Kopie der Behandlungsdokumentation, Anamnese ggf.:	☐	☐

Die Praxis ist erreichbar unter: _____

KIM-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Datum / Stempel der Zahnärztin / des Zahnarztes / Unterschrift

Checkliste zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Name und Anschrift des Zahnarztes	Name, Vorname der/des Versicherten	geb. am
	Name und Vorname (Ehegatte/Kind/sonstige Angehörige)	geb. am
	Versichertennummer	Krankenkasse

Bitte füllen Sie diesen Begleitbogen umgehend (innerhalb einer Woche) aus und senden diesen mit den erforderlichen Unterlagen an den Gutachter. **Fett gedruckten Rahmen auf Seite 2 unbedingt vollständig ausfüllen.** (diesen Vordruck erhalten Sie automatisch von der Krankenkasse)

Zur Verfügung gestellte Unterlagen:

	vorhanden	nicht erforderlich
Modelle (beschriftet, fixiert, auswertbar)	☐	☐
OPG, DVT (datiert, auswertbar)	☐	☐
Einzelröntgenaufnahmen (datiert, auswertbar)	☐	☐
Anamnese mit ggf. relevanten Allgemeinerkrankungen	☐	☐
Befundbericht zur medizin. Gesamtbehandlung	☐	☐
Parodontalbefund	☐	☐
Aktueller Zahnstatus	☐	☐
Fotodokumentation, wenn erforderlich	☐	☐

Die Praxis ist erreichbar unter: _____

KIM-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Datum / Stempel der Zahnärztin / des Zahnarztes / Unterschrift

Vordruck 7: Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz), Vorderseite

Gültig ab 2000

Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Name und Anschrift des Gutachters

┌

┐

Name der Krankenkasse	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Ehegatte/Kind/sonst. Angeh.	geb. am
Versicherten-Nr	

└

┘

Wir bitten um Begutachtung der laut anliegendem Behandlungsplan vorgesehenen implantologischen Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion mit dem Ziel festzustellen, ob eine Ausnahmeindikation gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V / Abschnitt B. VII. Nr. 2 der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung vorliegt.

Eine Durchschrift dieses Auftrages ist dem behandelnden Zahnarzt übersandt worden.

Weiterhin bitten wir um eine gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

Name und Anschrift des Zahnarztes

┌

┐

Bitte stellen Sie die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle, ausgefüllter Vordruck „Begutachtung von Implantaten“) dem Gutachter unverzüglich zur Verfügung.

└

┘

Datum

Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

Originalgröße: DIN A4

Vordruck 7: Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz), Rückseite

Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Hinweis für den Zahnarzt

Bitte in den Abschnitten 1 und 2 nur die fett umrandeten Felder sowie den Abschnitt 3 ausfüllen und zusammen mit den Befundunterlagen (Modelle, Röntgenaufnahmen, Befundberichte) an den Gutachter senden.

1. Befundunterlagen und Vorbehandlung							
Vorbehandlung	Zahnarzt		Gutachter		Befundunterlagen	Gutachter	
	Ja	Nein	Ja	Nein		Ja	Nein
Konservierende Vorbehandlung abgeschlossen					Auswertbares Orthopantomogramm (ggf. Messaufnahme)		
Endodontische Vorbehandlung abgeschlossen					Auswertbare Zahnfilme		
Par-Behandlung abgeschlossen					Fixierte, auswertbare Modelle		
Chirurgische/kieferchirurgische Vorbehandlung abgeschlossen					Befundbericht über die medizinische Gesamtbehandlung		
					Untersuchung des Patienten hat stattgefunden		

2. Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen									
Größere Kiefer- und Gesichtsdefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in:	Zahnarzt		Gutachter		Größere Kiefer- und Gesichtsdefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in:	Zahnarzt		Gutachter	
	Ja	Nein	Ja	Nein		Ja	Nein	Ja	Nein
Tumoroperationen					Unfällen				
Entzündungen des Kiefers					Dauerhaft bestehende extreme Xerostomie (bei Tumorbehandlung)				
Operationen infolge von großen Zysten					Generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen				
Operationen infolge von Osteopathien					Nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion (z. B. Spastiken)				
Angeborenen Fehlbildungen des Kiefers					Verankerung von Epithesen bei extraoralen Defekten				

3. Gesamtbeurteilung des Zahnarztes	Ja	Nein
Eine Ausnahmeindikation für implantologische Leistungen nach Abschnitt VII der Richtlinien liegt vor	☐	☐
Die konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich	☐	☐

Datum, Unterschrift des Zahnarztes

4. Gesamtbeurteilung des Gutachters	Ja	Nein
Eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich	☐	☐
Der Behandlungsplan wird befürwortet	☐	☐
Der Behandlungsplan wird mit Änderungen befürwortet	☐	☐

Begründung (ggf. auf gesondertem Blatt):

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

Zahnstatus ausfüllen, falls von Angaben des Zahnarztes abgewichen wird

Datum, Unterschrift des Gutachters

Originalgröße: DIN A4