

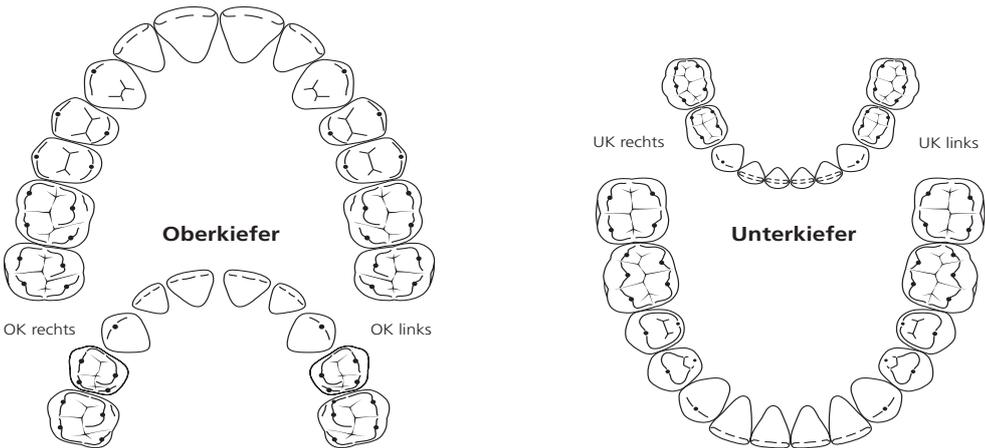
Befundblatt

zur schulzahnärztlichen Jahresuntersuchung

Patientendaten	Behandlerdaten
Vorname und Name _____	Untersucht durch / Praxisstempel
Adresse _____	

Befunde	Zahnärztliche Entscheide
Gesicht, Lippen, Mundschleimhaut, Zunge	Gesicht, Lippen, Schleimhaut, Zunge
	<input type="checkbox"/> gesunde Verhältnisse
	<input type="checkbox"/> Abklärung nötig
	<input type="checkbox"/> _____

Mundhygiene, Zahnfleischzustand, Parodont	Mundhygiene, Zahnfleisch, Parodont
Harte Beläge _____	<input type="checkbox"/> keine Massnahmen nötig
Weiche Beläge _____	<input type="checkbox"/> Instruktion durch PA / DH / ZA
	<input type="checkbox"/> Zahnreinigung durch PA / DH / ZA
	<input type="checkbox"/> _____

Karies, Hartschubstanzdefekte; Zahnunfall	Karies
	<input type="checkbox"/> karies- und füllungsfreies Gebiss
	<input type="checkbox"/> kariesfreies Gebiss
	<input type="checkbox"/> beginnende Karies
	<input type="checkbox"/> Karies
	<input type="checkbox"/> Kontrolle nötig in ____ Monaten
	Zahnunfall
	<input type="checkbox"/> Abklärung nötig
	<input type="checkbox"/> Überwachung nötig in ____ Monaten
	Hartschubstanz
	<input type="checkbox"/> Abrasion
	<input type="checkbox"/> Erosion
	<input type="checkbox"/> Zahnbildungsstörung
	<input type="checkbox"/> _____

Zahnwechsel; Zahnstellung	Zahnwechsel; Zahnstellung
Platzverhältnisse / Durchbruchsstörung / Nichtanlagen	<input type="checkbox"/> normale Verhältnisse
Transversale / Sagittale / Vertikale Situation	<input type="checkbox"/> Zahnwechsel nicht alterskonform
Verzahnung erste Molaren, Position Eckzähne	<input type="checkbox"/> Zahnwechsel nicht symmetrisch
Unterminierende Resorption, andere Pathologie	<input type="checkbox"/> Abklärung nötig
	<input type="checkbox"/> _____

Weitere Diagnostik und Massnahmen (Kosten inbegriffen)	
Kariesrisikobestimmung	Kariesrisiko
In erster Klasse	<input type="checkbox"/> hoch
	<input type="checkbox"/> gering
	<input type="checkbox"/> _____
Fluoridlack-Applikation	Fluoridlack-Applikation
Auf durchbrechende bleibende Zähne	<input type="checkbox"/> durchgeführt
	<input type="checkbox"/> _____

Bemerkungen	

Ort, Datum und Unterschrift _____