

Absender

Versicherungsnummer

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Mitglied (Name, Vorname)

Datum Telefon

Zahnschema

Name des Patienten: _____

Zahnloser Oberkiefer: Ja Nein Zahnloser Unterkiefer: Ja Nein

Regio der geplanten Implantate: _____

Regio bereits vorhandener Implantate: _____

Kostenträger bereits vorhandener Implantate: _____
(vom Mitglied auszufüllen)

Aktuelles Zahnschema

Oberkiefer rechts									Oberkiefer links							
<i>Plan</i>																
<i>Befund</i>																
	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
<i>Befund</i>																
<i>Plan</i>																
Unterkiefer rechts									Unterkiefer links							

Datum _____ Name der Zahnärztin/des Zahnarztes _____ Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes _____

Befund

- f = fehlender Zahn
- g = Lückenschluss
- x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
- w = erkrankt, aber erhaltungswürdig
- k = Krone
- sk = Suprakonstruktion auf Implantat
- pk = Teilkrone
- tk= Teleskopkrone

- b = Brücke
- i = Implantat**
- in = Inlay (Einlagefüllung)
- on = Onlay (Teilkrone)
- e = ersetzt
- h = Klammer (Halteelement)

Plan

- I = Implantat**
- K = Krone
- TK = Teleskopkrone
- MK = Metallkeramikkrone
- B = Brücke
- S = Stützelement (Geschiebe, Riegel)
- Ve= Veneer
- IN = Inlay (Einlagefüllung)
- ON = Onlay (Teilkrone)