

Vorgangsnummer:					
AOK	LKK	BKK	IKK	vdek	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten geb. am					
Kostenträger--Nr.		Versicherten-Nr.		Status	
Vertragszahnarzt-Nr.			Datum		

Formblatt ZE Planung	
v. ZÄ/ZA auszufüllen	v. Gutachter auszufüllen
Abr.-Nr.	Abr.-Nr.
Bitte Tel. Nr. für Rückfragen des Gutachters angeben:	

ZE			
-----------	--	--	--

Datum		Datum	
--------------	--	--------------	--

1. Röntgen	ja	nein	Film	Digital
1.1 Zahnfilm, auswertbar				
1.2 Panoramaschichtaufnahme, auswertbar				
1.3 pathologische Befunde berücksichtigt				

2. Vorbehandlung	ja	nein	ja	nein
2.1 gesamte Vorbehandlung abgeschlossen				

wird diese Frage mit <nein> beantwortet, bitte die Fragen 2.2 bis 2.6 bearbeiten:

	Geplant	Durchgeführt	Nicht geplant	Geplant	Durchgeführt	Nicht geplant
2.2 konservierende Vorbehandlung						
2.3 chirurgische Vorbehandlung						
2.4 endodontische Vorbehandlung						
2.5 PAR-Behandlung						
2.6 funktionelle Vorbehandlung (z.B. Schiene)						

3. Befunde	ja	nein	ja	nein
3.1 Mundhygiene gut				
3.2 Zahnstein entfernt / nicht vorhanden				
3.3 pathologische Sondierungstiefen				
3.4 Zahnlockerungen				
3.5 Okklusionsstörungen				

4. klinische Untersuchung durch den Gutachter		
--	--	--

5. Plan befürwortet	ja		nein		m. Einschränkung	
----------------------------	----	--	------	--	------------------	--

Hinweise für den Gutachter:

Erläuterungen zum Ausfüllen:

Ist keine Vorbehandlung erforderlich / notwendig, wird sie als abgeschlossen gewertet; Kreuz im Feld "ja". Die Fragen 3.1 - 3.5 müssen vom ZA immer beantwortet werden; vom Gutachter nur bei klinischer Untersuchung. Zusätzliche Angaben bitte auf dem Feld Hinweise. Das Formblatt ist nach dem Ausfüllen mit den Unterlagen an den Gutachter zu senden.

Ohne ausgefülltes Formblatt erfolgt keine Bearbeitung des Gutachtens.

