

PARODONTALSTATUS Blatt 1

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

VOM _____

Antragsnummer			
Antragsnummer ursprünglicher Behandlungsplan			
Verarbeitungskennzeichen			
Art des Behandlungsplans			
Seite	Wechselkennzeichen	Akt.-Z. PVS	log. Version
			2.0.0

Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese

Diabetes mellitus Sonstiges
 Tabakkonsum

Spezielle Vorgeschichte

Frühere PAR-Therapie
Angabe des Jahres: ca. _____

Diagnose

Parodontitis Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen
 Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen

Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)

	<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV
Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 - 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)		<input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥5 mm)
Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne
Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)		<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA	<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich

Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)

Lokalisiert (< 30 % der Zähne) Generalisiert (≥30 % der Zähne) Molaren-Inzisiven-Muster

Grad (Progression)

	<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C
Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 - 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0
Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %
Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag

Fortsetzung Anamnese Sonstiges

Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen werden nicht übernommen

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

PARODONTALSTATUS Blatt 2

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

vom _____

Zahnstatus (ZS)

- 1 = Fehlender Zahn
- 2 = nicht erhaltungswürdiger Zahn
- 3 = Krone
- 4 = Brückenpfeiler
- 5 = Ersatz
- 6 = Implantat

ZS																					ZS	
AIT																						AIT
FB																						FB

Oberkiefer

rechts

Unterkiefer

links

FB																						FB
AIT																						AIT
ZS																						ZS

Bemerkungen:

Leistungen geplant ab Behandlungseinstieg

Geb.-Nr.	Anzahl
4	
ATG	
MHU	

Geb.-Nr.	Anzahl
AIT a	
AIT b	
BEV a	

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

Gutachten

Gutachtlich befürwortet

Gutachtlich nicht befürwortet
(Begründung auf gesondertem Blatt)

Datum, Unterschrift und Stempel des **Gutachters**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum

Informationen zum Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel

PAR Zusatzseite

Antragsnummer

Krankenkassenwechsel / Zahnarztwechsel

Antragsnummer vorherige Krankenkasse

Institutionskennzeichen vorherige Krankenkasse

Leistungen (Blatt 2) vorherige Krankenkasse

Anzahl Gebührennummer 4

Anzahl Gebührennummer ATG

Anzahl Gebührennummer MHU

Anzahl Gebührennummer AITa

Anzahl Gebührennummer AITb

Anzahl Gebührennummer BEVa

Nummer der zuletzt erbrachten UPT
