

Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



## Information durch den Zahnarzt zur Pädiatriezentrierten Integrierten Versorgung

<b>Zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen</b> <b>10. - 20. Lebensmonat:</b> _____ <b>20. - 30. Lebensmonat:</b> _____  Datum                      Datum	<b>Gewählte/r Kinder- und Jugendärztin/-arzt:</b> (bei Teilnahme am Programm ausfüllen) .....
---	--

### Befund

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Naturgesund          | <input type="checkbox"/> Kreuzbiss            |
| <input type="checkbox"/> Entmineralisierungen | <input type="checkbox"/> Frontzahnstufe       |
| <input type="checkbox"/> Kariöse Läsionen     | <input type="checkbox"/> Offener Biss         |
| <input type="checkbox"/> Zerstörte Zähne      | <input type="checkbox"/> Lutschgewohnheiten   |
| <input type="checkbox"/> Saniert              | <input type="checkbox"/> Mundatmung           |
| <input type="checkbox"/> Gingivitis           | <input type="checkbox"/> Schleimhautkontrolle |

### Kariesrisikountersuchung

- Zahnbeläge
- Nahrungsaufnahme durch Saugerflasche
- Erhöhtes Kariesrisiko  $dmf-t > 0$

### Kariesprophylaxe mit Fluoriden

- Fluoridierte Kinderzahnpaste
- Fluoridiertes Speisesalz
- Fluoridhaltiges Mineralwasser
- Zahnärztliche Fluoridierungsmaßnahmen

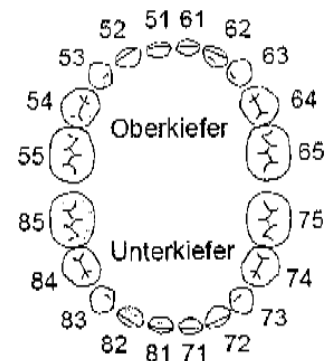
### Lutschgewohnheiten

- keine
- Daumen/Finger
- „Schnuller“

### Zahnpflege

- gut
- ausreichend
- nicht ausreichend

### Milchgebiss



<i>Praxisstempel und Unterschrift</i>
---------------------------------------

<i>Sonstige Bemerkungen / Beratung</i>
--