

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



Gewählte/r Kinder- und Jugendärztin/-arzt:

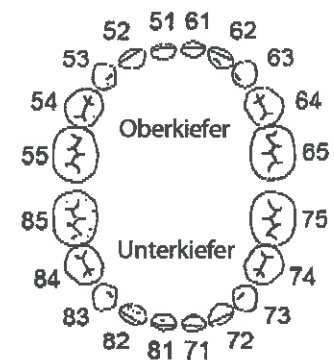
Anlage 1
Informationen durch den Zahnarzt
zur Pädiatriezentrierten Integrierten
Versorgung

Datum: _____

Milchgebiss

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

Praxisstempel und Unterschrift

Sonstige Bemerkungen/Beratung