Name, Vorname		Praxisstempel
Anschrift		
Geburtsdatum	Telefon	
Dienstherr/Arbeitgeber	Sachb.Nr./DSt.Nr./Personalnr.	

Der klinische Funktionsstatus wurde am .....
auf dem Formblatt erhoben. Es wurde dem Krankenblatt zur Dokumentation beigefügt.

Die GOZ-Positionen 8000 ☐ 8010 ☐ 8020 ☐ 8030 ☐ 8035 ☐
8050 ☐ 8060 ☐ 8065 ☐ 8080 ☐ 8090 ☐ 8100 ☐

wurden aus folgender Indikation durchgeführt:

☐ Es liegt eine Kiefergelenk-/Muskelerkrankung (Myoarthropathie) vor.

☐ Ungleichmäßige Belastungsverhältnisse in Zusammenhang mit Zahnbetterkrankung. (Parodontopathie)

☐ Umfangreiche Gebisssanierung (in jedem Kiefer müssen mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig sein und die richtige Schlussbissstellung ist nicht mehr auf andere Weise feststellbar).

Planung:

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

F = Füllung
K = Krone
T = Teleskopkrone
f = fehlender Zahn

B = Brückenglied
E = ersetzter Zahn
H = Halteelement
)(= Lückenschluss

☐ Umfangreiche kieferorthopädische Behandlung.

....
Datum Unterschrift