

Dokumentation

UPTg

Patientennummer/Geburtsdatum: _____

Patientenname: _____ Datum: _____

UPT e, f erforderlich an (mit Kreuz kennzeichnen):

LG	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	LG
FB	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	FB

Oberkiefer																							
rechts																links							
Unterkiefer																							
FB	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	FB						
LG	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	LG						

Blutungspunkte sind mit einem * zu markieren

Fehlende Zähne: _____

Neue Röntgenaufnahme erforderlich

Knochenabbau in %: _____ Patientenalter: _____

Knochenabbauindex (KA in %/ Alter): _____

Vergleich der Befunddaten mit Befunddaten der BEVa oder BEVb/ der letzten UPTd:

Verbesserung

Verschlechterung an: _____