Dokumentation
UPTg

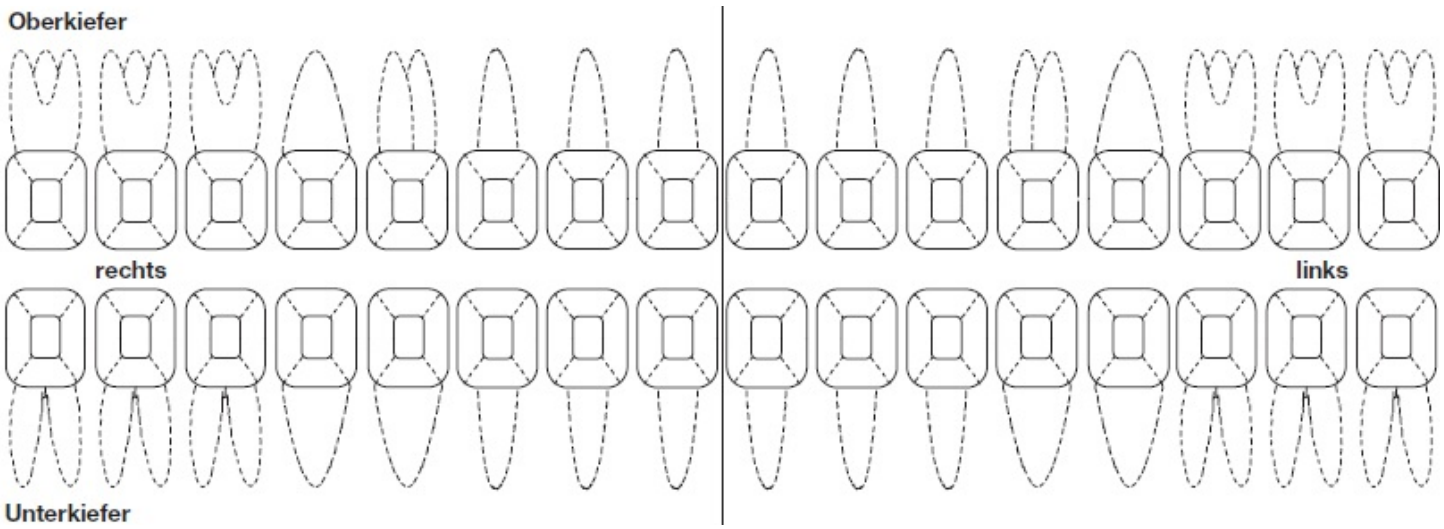
Patientennummer/Geburtsdatum: _____

Patientenname: _____ Datum: _____

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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

LG	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	**LG**
FB	___	___	___		___							___		___	___	___	**FB**



FB	___	___	___											___	___	___	**FB**
LG	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	**LG**

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Blutungspunkte sind mit einem * zu markieren

Fehlende Zähne: _____

☐ Neue Röntgenaufnahme erforderlich

Knochenabbau in %: _____ Patientenalter: _____

Knochenabbauindex (KA in %/ Alter): _____ NaN _____

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

☐ Verbesserung

☐ Verschlechterung an: _____