

Dokumentation Befundevaluation

Patientennummer/Geburtsdatum: _____

Patientenname: _____ Datum: _____

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

LG	<input type="checkbox"/>	LG														
FB	<input type="checkbox"/>	FB														
Oberkiefer																
rechts								links								
Unterkiefer																
FB	<input type="checkbox"/>	FB														
LG	<input type="checkbox"/>	LG														

Blutungspunkte sind mit einem * zu markieren

Fehlende Zähne: _____

CPT erforderlich an folgenden Zähnen: _____

Neue Röntgenaufnahmen erforderlich

Knochenabbau in %: _____ Patientenalter: _____

Knochenabbauindex (KA in %/ Alter): _____

Vergleich der Befunddaten mit dem Ausgangsbefund/ dem Befund der BEVa:

Verbesserung

Verschlechterung an: _____

Aufklärung über die anschließende Behandlungstrecke und ihren Nutzen

Anzahl der UPT-Leistungen: _____ Termine innerhalb von 2 Jahren

Mindestabstand zwischen den Terminen: _____ Monate