

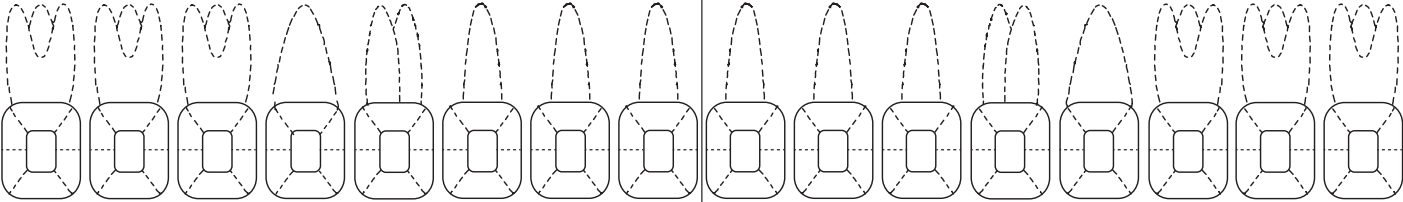
# PARODONTALSTATUS Blatt 2

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |         |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |         |
|                                |                  | geb. am |
| Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr. | Status  |
| Abrechnungs-Nr.                | Zahnarzt-Nr.     | Datum   |

vom \_\_\_\_\_

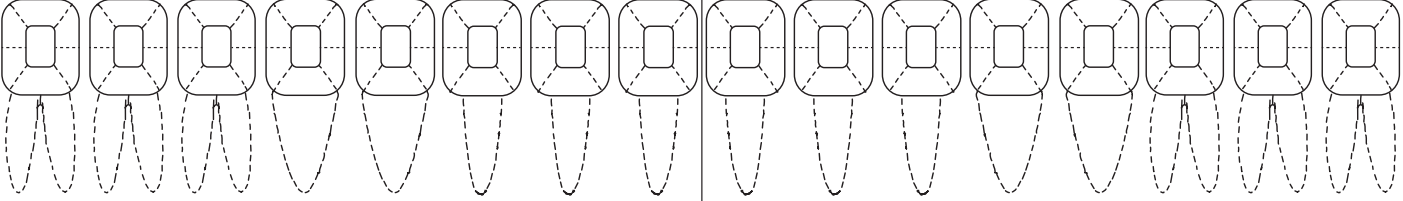
|     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|
| AIT |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | AIT |
| FB  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FB  |

**Oberkiefer**



rechts

links



**Unterkiefer**

|     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|
| FB  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FB  |
| AIT |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | AIT |

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

**Geplante Leistungen**

| Geb.-Nr. | Anzahl |
|----------|--------|
| 4        | 1      |
| ATG      | 1      |
| MHU      | 1      |
| AIT a    |        |
| AIT b    |        |
| BEV a    | 1      |

| Frequenz der UPT | Anzahl |
|------------------|--------|
|                  |        |

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

**Gutachten**

- Gutachtlich befürwortet
- Gutachtlich nicht befürwortet  
(Begründung auf gesondertem Blatt)

Datum, Unterschrift und Stempel des **Gutachters**