

Name, Vorname:		Praxisstempel:
Anschrift:		
Geburtsdatum:	Telefon:	

Der klinische Funktionsstatus wurde am .....erhoben.

Es wurde dem Krankenblatt zur Dokumentation beigelegt.

Nachfolgende Positionen wurden bei o.g. Patienten erbracht:

8000  8010  8020  8030  8035   
8050  8060  8065  8080  8090   
8100

und aus folgender Indikation durchgeführt:

- Es liegt eine Kiefergelenk-/ Muskelerkrankung vor:  
leicht  mittel  schwer
- Ungleichmäßige Belastungsverhältnisse in Zusammenhang mit Zahnbetterkrankung (Parodontopathie):
- Ungleichmäßige Belastungsverhältnisse in Zusammenhang mit Zahn-/ Kieferfehlstellung (Dysgnathie):
- Umfangreiche Gebissanierung:

**Planung:**

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

- F = Füllung  
K = Krone/Teilkrone  
T = Teleskopkrone  
F = fehlender Zahn
- B = Brückenglied  
E = ersetzter Zahn  
H = Halteelement  
)( = Lückenschluss

- Umfangreiche KFO / KCH Behandlung:
- Sonstige Indikation / Begründung:

.....  
Datum:

.....  
Unterschrift Zahnarzt: