

Stammdaten - zahnärztliche Untersuchungen

Teilnehmer-Nr.: Untersuchungsdatum: tt.mm.jjjj

Geburtsdatum: tt.mm.jjjj Untersuchungsbeginn: hh:mm

Geschlecht: 1=männlich Untersuchungsende: hh:mm
2=weiblich

Untersuchungszeit: min

Untersucher: Assistenz:

Untersuchungszentrum:

Besonderheiten:

Welche:

(gültig für gesamten zahnmedizinischen
Untersuchungsteil)

Untersucher/Assistent

Untersuchungszentren

1	Greifswald
2	Stralsund

Besonderheiten

0	ohne besondere Vorkommnisse
1	Mindestens ein besonderes Vorkommnis
8	Alle zahnärztlichen Untersuchungen nicht durchführbar
9	Verweigerung aller zahnärztlichen Untersuchungen

1. Befundbogen Mundschleimhaut

Teilnehmer-Nr.:

Besonderheiten:

Besonderheiten

ohne Befund:

0	keine Besonderheiten
1	Untersuchung abgelehnt
n	nicht erhebbar

Lokalisation Oberkieferregion

Lippenrot	<input type="text"/>		<input type="text"/>		Lippenschleimhaut
Mundwinkel	<input type="text"/>	re	<input type="text"/>	li	
Wang	<input type="text"/>	re	<input type="text"/>	li	
Harter Gaumen	<input type="text"/>	re	<input type="text"/>	li	
Weicher Gaumen	<input type="text"/>	re	<input type="text"/>	li	
Gaumenbögen	<input type="text"/>	re	<input type="text"/>	li	
Umschlagfalte	<input type="text"/>	re	<input type="text"/>	li	
Alveolarfortsatz	<input type="text"/>	re	<input type="text"/>	li	vestib
	<input type="text"/>	re	<input type="text"/>	li	pal

Art der Veränderung

0	keine Veränderung
1	Leucoplacia simplex
2	Leucoplacia verrucosa
3	Leucoplacia erosiva
4	Erythroplacia
5	Lichen ruber
6	Schleimhautulcus
7	Exophytische Neubildung
8	Herpetiforme / Aphthöse Veränd.
9	Nicht klassifizierbare suspekta Veränderung
n	nicht erhebbar

Lokalisation Unterkieferregion

Lippenrot	<input type="text"/>		<input type="text"/>		Lippenschleimhaut
Umschlagfalte	<input type="text"/>	re	<input type="text"/>	li	
Alveolarfortsatz	<input type="text"/>	re	<input type="text"/>	li	vestib
	<input type="text"/>	re	<input type="text"/>	li	ling

Lokalisation Zungenregion

Zungengrund	<input type="text"/>		<input type="text"/>		Zungenrücken
Zungenspitze	<input type="text"/>		<input type="text"/>		Zungenunterfläche
Zungenrand	<input type="text"/>	re	<input type="text"/>	li	
Mundboden	<input type="text"/>	re	<input type="text"/>	li	

2. Befundbogen Zahnersatz

Teilnehmer-Nr.:

Besonderheiten :

	OK	UK
nicht erhebbar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnlosigkeit unversorgt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz, fest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnersatz, herausnehmbar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Material Zahnersatz (herausnehmbar):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totalprothese:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderheiten

0	keine Besonderheiten
1	Untersuchung abgelehnt
n	nicht erhebbar

Material herausnehmbarer Zahnersatz

0	entfällt
1	nur Kunststoff
2	Kunststoff mit MEG

Letzte prothetische Versorgung: ...vor weniger als 3 Jahren:

Letzte proth. Versorgung

1	vor der Wende
2	nach der Wende
3	keine proth. Versorgung
4	keine Angabe

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Befund
Material	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Material
Verankerungsart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verankerungsart
Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Befund
Material	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Material
Verankerungsart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verankerungsart

Befund

B	Brückenglied
D	Teilkrone
E	ersetzt
F	Füllung
I	Inlay
K	Krone
L	fehlt, Lückenschluß
M	fehlt, ohne proth. Versorgung
N	nicht erhebbar
O	Zahn_oB
P	Implantat

Material

0	entfällt
1	Kunststoff/GIZ-okkl. plast.
2	Amalgam-okkl. plast.
3	Gußmetall-okkl., ohne Verblendung
4	Keramik-okkl., Füllung, Verbl., Prothesenzahn
5	Kunststoff-okkl., Verblendung, Prothesenzahn
6	Keramikverbl. vestib.
7	Kunststoffverbl., vestib.
N	nicht erhebbar

Verankerung

A	entfällt
G	Geschiebe
H	Klammer
N	nicht erhebbar
T	Teleskop

3. Klinische Funktionsanalyse Befundbogen A

Teilnehmer-Nr.:

Besonderheiten:

Druckdolenz Gelenkbereich:		Kennzeichnung	0 Indolent 1 Mißempfindung 2 Schmerz n nicht erhebbar
lateral	re li	re li	nach cranial u. dorsal
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	

Muskelbefund:		Kennzeichnung	0 Indolent 1 Mißempfindung 2 Schmerz n nicht erhebbar
M.masseter	re li	re li	M.sternocleidom. M.pterygoid.med. M.pterygoid.lat. — isometr. Muskeltest
M.temporalis	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
M.suboccip.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	

Palpable Bewegungsstörung:	Kennzeichnung	0 nicht vorhanden 1 vorhanden n nicht erhebbar
re li		
<input type="text"/> <input type="text"/>		

Gelenkgeräusche:	Kennzeichnung	0 nicht vorhanden 1 vorhanden n nicht erhebbar
Öffnungsbewegung <input type="checkbox"/>	Schließbewegung <input type="checkbox"/>	
re li	re li	
r k k r	r k k r	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	initial interm. term.
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	term. interm. initial

Mobilität des Unterkiefers:	Lateralbewegung	0 unbehindert (>=5 mm) 1 behindert (<5 mm) n nicht erhebbar
mm Schmerz		
max. SKD aktiv	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	lateral re
max. SKD passiv	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	lateral li
	Schmerz	0 nicht vorhanden 1 vorhanden n nicht erhebbar

Ablauf der Öffnungsbewegung:

Öffnungsbewegung

- | | |
|---|--------------------------|
| 0 | geradlinig |
| 1 | Deviation |
| 2 | Deflektion nach re |
| 3 | Deflektion nach li |
| 4 | Term. Deflektion nach re |
| 5 | Term. Deflektion nach li |
| n | nicht erhebbar |

Besonderheiten

- | | |
|---|------------------------|
| 0 | keine Besonderheiten |
| 1 | Untersuchung abgelehnt |
| n | nicht erhebbar |

4. Klinische Funktionsanalyse Befundbogen B

Teilnehmer-Nr.:

Besonderheiten:

Lippenfunktion		Kennzeichnung							
inkompetent <input type="checkbox"/>	Interposition <input type="checkbox"/>	Zahnimpressionen <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>nicht zutreffend</td></tr> <tr><td>1</td><td>zutreffend</td></tr> <tr><td>n</td><td>nicht erhebbar</td></tr> </table>	0	nicht zutreffend	1	zutreffend	n	nicht erhebbar
0	nicht zutreffend								
1	zutreffend								
n	nicht erhebbar								

Zungenfunktion		Kennzeichnung							
Zungenpressen <input type="checkbox"/>	Zahnimpressionen <input type="checkbox"/>		<table border="1"> <tr><td>0</td><td>nicht zutreffend</td></tr> <tr><td>1</td><td>zutreffend</td></tr> <tr><td>n</td><td>nicht erhebbar</td></tr> </table>	0	nicht zutreffend	1	zutreffend	n	nicht erhebbar
0	nicht zutreffend								
1	zutreffend								
n	nicht erhebbar								

Dynamische Okklusion			Kennzeichnung			
Lateralbewegung	re:	li:	Protrusion:			
nicht erhebbar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lateralbew. n.li.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lateralbew. n.li.		
Lateralbew. n.re.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lateralbew. n.re.		
Protusionsbewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protusionsbewegung		
	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28				
	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38				
Protusionsbewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protusionsbewegung		
Lateralbew. n.re.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lateralbew. n.re.		
Lateralbew. n.li.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lateralbew. n.li.		

Besonderheiten

0	keine Besonderheiten
1	Untersuchung abgelehnt
n	nicht erhebbar

5. Befundbogen Parodontologie

Teilnehmer-Nr.:

Besonderheiten:

Besonderheiten

0	keine Besonderheiten
1	Untersuchung abgelehnt
n	nicht erhebbar

Zahnlos:

OK
<input type="text"/>

UK
<input type="text"/>

Quadrant:

1./4. Quadrant

2./3. Quadrant

Plaque/Zahnstein

Kennzeichnung

0	nicht vorhanden
1	vorhanden
n	nicht erhebbar

Oberkiefer

Unterkiefer

	7 P Z	6 P Z
distobukkal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
mitt-bukkal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
mesiobukkal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
mitt-palatinal	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	4 P Z	3 P Z	2 P Z	1 P Z
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	7 P Z	6 P Z
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	4 P Z	3 P Z	2 P Z	1 P Z
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

distobukkal
mitt-bukkal
mesiobukkal
mitt-lingual

Sondierung Oberkiefer

Sondierung Unterkiefer

5. Befundbogen Parodontologie

Teilnehmernr.:

Quadrant:

Sondierungstiefe (S) / Attachment (A)

Bluten nach Sondieren **Furkationsbefall**

Oberkiefer

	7		6		5		4		3		2		1		7	6	
	G	S	A	G	S	A	G	S	A	G	S	A	G	S	A		
distobukkal																	
mitt-bukkal																	
mesiobukkal																	
mitt-palatinal																	

Kennzeichnung (Bluten)

0	nicht vorhanden
1	vorhanden
n	nicht erhebbar

Kennzeichnung (Furkation)

0	Einziehung nicht tastbar
1	Einziehung tastbar
2	Furkationstiefe > 3 mm
3	Furkationstiefe > 8 mm
n	nicht erhebbar

Unterkiefer

	7		6		5		4		3		2		1		7	6	
	G	S	A	G	S	A	G	S	A	G	S	A	G	S	A		
distobukkal																	
mitt-bukkal																	
mesiobukkal																	
mitt-lingual																	

6. Allgemeinzahnärztlicher Befundbogen A

Teilnehmer-Nr.:

Besonderheiten:

zahnlos_OK:

zahnlos_UK:

Quadrant:

DMF-S-Index

1./4. Quadrant

2./3. Quadrant

Wurzelkaries (Full mouth)

Rezession:

Oberkiefer	P	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P
	B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	B
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D
	M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M
		17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27			
Unterkiefer		47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37			
	M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M	
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D	
	B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	B	
	L	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	L	

Kennzeichnung

0	keine Rezession
1	Rezession ohne Wurzelkaries
2	Rezession mit Wurzelkaries
4	Rezession mit Füllung
5	Sekundärkaries
n	nicht erhebbar

Besonderheiten

0	keine Besonderheiten
1	Untersuchung abgelehnt
n	nicht erhebbar

6. Allgemeinzahnärztlicher Befundbogen A

DMF-S-Index

Teilnehmer-Nr.:

Oberkiefer

P

B

D

M

O

7 6 5 4 3 2 1

Unterkiefer

O

M

D

B

L

7 6 5 4 3 2 1

Kennzeichnung

0	gesund
1	Schmelzdefekt
2	Dentinkaries ≤3mm
3	Dentinkaries > 3mm
4	Füllung
5	Sekundärkaries
6	extrahiert
7	Sonstiges
n	nicht erhebbar

7. Allgemeinzahnärztlicher Befundbogen B

Teilnehmer-Nr.:

Besonderheiten:

zahnlos_OK:

zahnlos_UK:

ohne Befund:

Keilf. Defekte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Keilf. Defekte
Facetten i.R.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Facetten i.R.
Facetten i.Z.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Facetten i.Z.
Zahnkipfung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zahnkipfung
Zahnelongat.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zahnelongat.
	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	
	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	

Keilf. Defekte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Keilf. Defekte
Facetten i.R.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Facetten i.R.
Facetten i.Z.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Facetten i.Z.
Zahnkipfung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zahnkipfung
Zahnelongat.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zahnelongat.

Keilförmige Defekte

0	Kein keilförmiger Defekt
1	Defekt vestibulär
2	Defekt oral
3	Defekt vestibulär und oral
n	nicht erhebbar

Facetten i. R.

Zahnkipfung/Zahnelongation

0	nicht vorhanden
1	vorhanden
n	nicht erhebbar

Facetten i. Z.

0	Kein/Vernachlässigbarer Schmelzabtrag
1	Schmelzabtrag/Dentinspots
2	Abtrag bis 1/3 Krone
3	Abtrag > 1/3 Krone od. exzessiv in Rest.
n	nicht erhebbar

8. Befundbogen Kieferorthopädie

Teilnehmer-Nr.:

Besonderheiten:

Eugnath:

	Seitenzahn- bereich re	Incisivi	Seitenzahn- bereich li
Engstand OK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engstand UK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Außenstand Canini OK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Außenstand Canini UK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lückige Zahnstellung OK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lückige Zahnstellung UK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzbiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bukkale Nonokklusion OK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offener Biß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfbiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderheiten

0	keine Besonderheiten
1	Untersuchung abgelehnt
n	nicht erhebbar

Engstand Incisivi

0	kein Engstand
1	Grad 1
2	Grad 2
3	Grad 3
n	nicht erhebbar

Offener Biß

0	kein offener Biß
1	bis 3 mm Offener Biß
2	>3 mm Offener Biß
n	nicht erhebbar

Tiefer Biß

0	kein tiefer Biß
1	tiefer Biß ohne Gingivakontakt
2	tiefer Biß mit Gingivakontakt
n	nicht erhebbar

Sagittale SKD

0	< 4mm sag. SKD
1	4 - 6 mm sag. SKD
2	> 6 mm sag. SKD
n	nicht erhebbar

Okklusionsbefund

1	neutral
2	distal 1/2 Pb
3	distal 1Pb
4	mesial
n	nicht erhebbar

Kfo-Behandlung

0	keine
1	zur Zeit
2	vormals
n	nicht erinnlich

Tiefer Biß

Sagittale SKD

Umgekehrte Frontzahnstufe

Steil-/Deckbiß obere Incisivi

Okklusionsbefund

	rechts	links
	6 3	3 6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kfo-Behandlung

Fehlbildungen

des orofazialen Bereiches

Kennzeichnung

0	nicht vorhanden
1	vorhanden
n	nicht erhebbar