

**Zahnstatus**

Name , Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ WB: \_\_\_\_\_

Hauszahnarzt (Name, Anschrift, Telefon):

---



---

Hausbesuch durch Zahnarzt möglich?  Ja  Nein  
 Wenn Nein, Wechsel zum Kooperationszahnarzt erwünscht?  Ja  Nein  
 Bonusheft vorhanden:  Ja  Nein  beim Zahnarzt

letzter Zahnarztbesuch bei (Name, Anschrift, Telefon):

---



---

Datum des letzten Zahnarztbesuchs: \_\_\_\_\_

Eigene Zähne oben:   
 Eigene Zähne unten:   
 Keine Zähne   
 Teilprothese oben:   
 Teilprothese unten:   
 Vollprothese oben:   
 Vollprothese unten:   
 Haftcreme:  Ja  Nein  
 Prothesen- und Mundhygiene selbständig:  Ja  Nein  
 Prothesen nachts im Mund belassen:  Ja  Nein

Mundpflege mit: \_\_\_\_\_

Zahnersatzpflege mit: \_\_\_\_\_

Unterschrift PFK: \_\_\_\_\_

Ersteller	Freigabe	Version	Gültig ab	Letzte Evaluation	Seite
QZ	EL	3	01.03.2018	02/2018	Seite 1 von 1