

# Zahnärztliches Zeugnis

Die Kosten für die Erstellung des zahnärztlichen Zeugnisses bzw. die Kosten der Untersuchung trägt der/die Antragsteller/-in!

Antragsdatum	Vers.-Nr.
Name/Vorname	Geb.-Datum
Straße, Haus-Nr.	Postleitzahl/Wohnort
derzeitige berufliche Tätigkeit	

## Untersuchungsbefund

**Zahnstatus**

f = fehlende Zähne  
e = ersetzte Zähne  
k = vorhandene Kronen  
b = vorhandenes Brückenglied  
c = kariöse Zähne

w = erhaltungswürdige Zähne  
z = zerstörte Zähne  
im = Implantate  
) = Lückenschluss

(Oberkiefer rechts) (Oberkiefer links)

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

(Unterkiefer rechts) (Unterkiefer links)

1. Sind die Zähne gesund bzw. saniert?  ja  nein Wenn nein, was liegt vor? (Bitte betroffene Zähne angeben)  
Datum der letzten Zahnbehandlung, -untersuchung?
2. Ist das Parodontium gesund?  ja  nein Wenn nein, was liegt vor?
3. Ist Zahnersatz (z. B. Kronen, Implantate usw.) notwendig?  ja  nein Wenn ja, welche Maßnahmen sind notwendig? (Bitte betroffene Zähne angeben)
4. Ist Kieferorthopädie notwendig?  ja  nein Wenn ja, was liegt vor?
5. Ist eine Behandlung angeraten/vorgesehen?  ja  nein Wenn ja, welche Maßnahmen sind angeraten/vorgesehen? (Bitte ggf. betroffene Zähne angeben)
6. Bei vorhandenem Zahnersatz (z.B. Kronen, Inlays, Onlays usw.):  
Geben Sie bitte das Alter des Zahnersatzes an  
Ist der vorhandene Zahnersatz funktionstüchtig?  ja  nein  
Wenn nein, welche Maßnahmen sind notwendig? (Bitte betroffene Zähne angeben)
7. Bei vorhandenem/n Implantat/en: Sind die Implantate fest im Knochen verankert/osseointegriert?  ja  nein  
(Bitte betroffene Zähne angeben)

Ort, Datum Unterschrift und Stempel des/r Zahnarztes/-ärztin

DOK 100684