

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

Formblatt ZE / PAR Gutachten	
Stempel des Zahnarztes	ZE <input type="checkbox"/>
	PAR <input type="checkbox"/>
Name des Gutachters	Datum

1.	Röntgen	Datum	Behandler(in)		Gutachter(in)	
			ja	nein	ja	nein
1.1	auswertbare Zahnfilme					
1.2	auswertbares OPG					
1.3	vollständig					
1.4	pathologische Befunde berücksichtigt					

2.	Untersuchung	Behandler(in)		Gutachter(in)	
		ja	nein	ja	nein
2.1	Mundhygiene gut				
2.2	Zahnstein entfernt				
2.3	pathologisch vertiefte Taschen				
2.4	Lockerung von Zähnen				
2.5	Okklusionsstörungen				

3.	Vorbehandlung abgeschlossen	geplant	Behandler(in)		Gutachter(in)		geplant
			ja	nein	ja	nein	
3.1	konservierend						
3.2	chirurgisch						
3.3	endodontisch						

4.	Auswertbare Modelle	Behandler(in)		Gutachter(in)	
		ja	nein	ja	nein
5.	Schientherapie/Bißlageveränderung				
6.	Gesamtplanung				

Vom Gutachter auszufüllen	Plan befürwortet	ja		nein		mit Einschränkung											
	Lockerung																
	Vitalitätsprüfung																
	Befunde falls erforderlich	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
Vitalitätsprüfung																	
Lockerung																	

Zusätzliche Bemerkungen der Behandlerin/des Behandlers

Zusätzliche Bemerkungen der Gutachterin/des Gutachters