

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

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

1.	Röntgen	Behandler(in)		Gutachter(in)	
		ja	nein	ja	nein
1.1	vollständig				
1.2	auswertbare Zahnfilme				
1.3	auswertbares OPG				
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