

Zahnärztlicher Behandlungsbefund für Narkosebehandlung *(an festgelegten Behandler faxen)*

Name des Patienten _____

Behandlungstermin _____
(Bestätigt durch Anästhesiesekretariat)

Hauszahnarzt (Stempel)

Befundstempel

» Einzelzahnbefund: *(Füllmaterial bitte besprechen und auf eventuelle Kosten hinweisen)*

Zahn	Füllfläche	Füllmaterial	WB?	Extraktion
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Zst *(normal, extrem)*: _____

PA, sprich Kürettage in etwa Anzahl der Zähne: _____

Versiegelungen, Anzahl der Zähne: _____

» Sonstige Chirurgie:

Zahn	schwierige Extraktion	Resektion	Art der Osteotomie
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Geschätzte Behandlungszeit: _____

851010101099

