Formblatt PA Gutachten

Name der Kasse

Wohnort

Name, Vorname des Versicherten

PLZ

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Stempel des Behandlers

Name des Gutachters, Datum

		Behandler(in) vorhanden		Gutachter(in) vorhanden		Gutachter(in) auswertbar	
1.	**Röntgen**	ja	nein	ja	nein	ja	nein
1.1	aktuelle Zahnfilme	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1.2	aktuelles OPG	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Behandler(in)		**Gutachter(in)**			
2.	**Befunde**	**ja**	**nein**	**ja**	**nein**		
2.1	pathologische Sondierungstiefen	☐	☐	☐	☐		
2.2	Sondierungsblutung	☐	☐	☐	☐		
2.3	Furkationsbefall	☐	☐	☐	☐		
2.4	Zahnlockerungen	☐	☐	☐	☐		
2.5.	Staging / Grading korrekt eingestuft			☐	☐		
3.	TM Formular eingereicht			☐	☐		

			ja	nein	teilweise
Vom Gutachter auszufüllen	Plan befürwortet		☐	☐	☐
	UPT-Verlängerung befürwortet		☐	☐	

Zusätzliche Bemerkungen der Behandlerin/des Behandlers	Zusätzliche Bemerkungen der Gutachterin/des Gutachters