

Zahnärztlicher Behandlungsbefund für Narkosebehandlung am Klinikum Passau

(an festgelegten Behandler (siehe Liste) und an Sekretariat der Anästhesie
(085175300/7490) faxen

Name des Patienten _____

Behandlungstermin _____
(Bestätigt durch Anästhesiesekretariat)

Hauszahnarzt (Stempel) : _____

Befund (Stempel) :

Einzelzahnbefund:

(Füllungmat. bitte besprechen u. auf ev. Kosten hinweisen)

Zahn	Fü.fläche	Fü.material	WB?	Extraktion
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Zst (normal, extrem) :

PA, sprich Kürettage in etwa Anzahl der Zähne:(*Taschenmessung in Narkose*)
Versiegelungen, Anzahl der Zähne:

Sonstige Chirurgie:

Zahn schwierige Extraktion Resektion Art der Osteotomie

geschätzte Behandlungszeit (ca.):