



# Zahnärztlicher Befund

Grüner Zahnarzt-Krankenschein ja  nein

Nachname, Vorname (in Druckschrift)

Geburtsdatum

.....

Registrier-Nr.:

Zimmer-Nr.:

Telefon-Nr.:

Staatsangehörigkeit:  Syrien  Afghanistan  Irak  Pakistan  Sonstige .....

Datum der Vorstellung:

.2015

Behandler/In (in Druckschrift):

## Anamnese:

## Befund:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V				
R																L
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Zst.																
Mu																

## Diagnose:

## Therapie / Empfehlung / Medikamente ...: