

a) Besteht eine Parodontopathie?	<input type="checkbox"/>	nein				
	<input type="checkbox"/>	ja, in folgendem Umfang				
b) Bei einem Lockerungsgrad ab II: Ist hier mit Zahnersatz zu rechnen?	<input type="checkbox"/>	nein				
	<input type="checkbox"/>	ja, in folgendem Umfang				
c) Besteht Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, generell, erheblich	<input type="checkbox"/>	ja, generell, unerheblich
			<input type="checkbox"/>	ja, vereinzelt, erheblich	<input type="checkbox"/>	ja, vereinzelt, unerheblich

Seit wann ist Ihnen der Patient bekannt?	
--	--

Bestehen Einwände, diesem Bericht Ihrem Patienten bzw. dem gesetzlichen Vertreter auf Antrag auszuhändigen?	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja

Ort, Datum	Stempel / Unterschrift des Arztes / der Ärztin