

Name der Kasse		Wohnort
Name, Vorname des Versicherten		PLZ
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status

Formblatt PA Gutachten

Name des Behandlers

Name des Gutachters, Datum

		Behandler(in) vorhanden		Gutachter(in) vorhanden		Gutachter(in) auswertbar	
		ja	nein	ja	nein	ja	nein
1.	Röntgen						
1.1	aktuelle Zahnfilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	aktuelles OPG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Behandler(in)		Gutachter(in)			
2.	Befunde	ja	nein	ja	nein		
2.1	pathologische Sondierungstiefen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.2	Sondierungsblutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.3	Furkationsbefall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.4	Zahnlockerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.5.	Staging / Grading korrekt eingestuft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	TM Formular eingereicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vom Gutachter auszufüllen				ja	nein	teilweise	
	Plan befürwortet			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	UPT-Verlängerung befürwortet			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zusätzliche Bemerkungen der Behandlerin/des Behandlers				Zusätzliche Bemerkungen der Gutachterin/des Gutachters			