

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebstätten-Nr.	VZA- Nr.	Datum


Information durch den Zahnarzt zur zahnmedizinischen Frühprävention der Innungskrankenkassen in Berlin

**Zusätzliche
Früherkennungsuntersuchungen**

**6. - 18. Lebensmonat: 18. - 30.
Lebensmonat:**

_____ Datum Datum

Gewählte/r Kinder- und Jugendärztin/-arzt:

.....(bei
Teilnahme am Programm
der IKK Brandenburg und Berlin 
ausfüllen und an die/en Kinder- und Jugend-ärztin/-arzt
weiterleiten)

Befund

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Naturgesund | <input type="checkbox"/> Kreuzbiss |
| <input type="checkbox"/> Entmineralisierungen | <input type="checkbox"/> Frontzahnstufe |
| <input type="checkbox"/> Kariöse Läsionen | <input type="checkbox"/> Offener Biss |
| <input type="checkbox"/> Zerstörte Zähne | <input type="checkbox"/> Lutschgewohnheiten |
| <input type="checkbox"/> Saniert | <input type="checkbox"/> Mundatmung |
| <input type="checkbox"/> Gingivitis | <input type="checkbox"/> Schleimhautkontrolle |

Kariesrisikountersuchung

- Zahnbeläge
- Nahrungsaufnahme durch Saugerflasche
- Erhöhtes Kariesrisiko dmf-t > 0

Kariesprophylaxe mit Fluoriden

- Fluoridierte Kinderzahnpaste
- Fluoridiertes Speisesalz
- Fluoridhaltiges Mineralwasser
- Zahnärztliche Fluoridierungsmaßnahmen

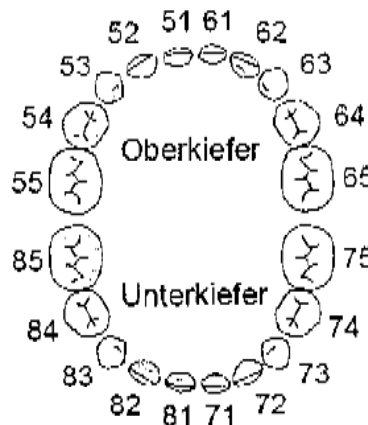
Lutschgewohnheiten

- keine
- Daumen/Finger
- „Schnuller“

Zahnpflege

- gut
- ausreichend
- nicht ausreichend

Milchgebiss



Praxisstempel und Unterschrift

Sonstige Bemerkungen / Beratung