



www.medizin-hilft.org
 info@medizin-hilft.org

Zahnärztlicher Befund

Grüner Zahnarzt-Krankenschein ja nein

_____ m / w _____
Nachname, Vorname (in Druckschrift) **Geburtsdatum**

Registrier-Nr.: _____ Zimmer-Nr.: _____ Telefon-Nr.: _____

Staatsangehörigkeit: Syrien Afghanistan Irak Pakistan
 Sonstige: _____

_____ **Datum der Vorstellung**

_____ **Behandler/In** (in Druckschrift)

Anamnese:

Befund:

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

Diagnose:

Therapie / Empfehlung / Medikamente: