

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

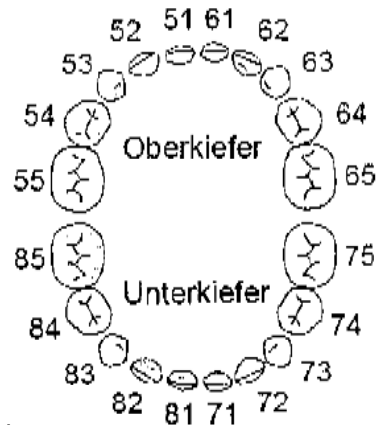
**Lutschgewohnheiten**

- keine
- Daumen/Finger
- „Schnuller“

**Zahnpflege**

- gut
- ausreichend
- nicht ausreichend

**Milchgebiss**



Praxisstempel und Unterschrift

Sonstige Bemerkungen / Beratung