

**Zahnärztliche Untersuchung vor Transplantation**

**Telefon: 06841/16-15857**  
**Fax: 06841/16-15839**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Indikation:** Infektionsherde bzw. Malignome müssen vor Transplantation aufgrund der erforderlichen Immunsuppression saniert werden.

| Zahnstatus                     | Befund  | Bemerkungen |
|--------------------------------|---|-------------|
| Nicht behandelte kariöse Zähne | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |             |
| Parodontal geschädigte Zähne   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |             |

| Generelle Beurteilung      | Befund   | Bemerkungen |
|----------------------------|--|-------------|
| Zahnhygiene                | <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Schlecht |             |
| Sanierungsbedürftige Herde | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein      |             |

**Weitere zwingend notwendige Behandlung vor Transplantation**

**Notwendige Kontrolle bzw. Procedere**

| Datum | Praxisstempel / Unterschrift |
|-------|------------------------------|
|       |                              |