

# **Merkblatt für zahnärztliche Untersuchungen**

## **Für die Bewerberin oder den Bewerber:**

Nach den Bestimmungen zur Beurteilung der Polizeidiensttauglichkeit (PDV 300) muss das Gebiss einer Bewerberin oder eines Bewerbers bei Einstellung kariesfrei und saniert sein.

Eine kieferorthopädische Behandlung muss abgeschlossen sein.

Dies ist von einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt oder einer Kieferorthopädin oder einem Kieferorthopäden zu bescheinigen.

Bitte lassen Sie den „Zahnärztlichen Befundbericht“ (Seite 2) von einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt Ihres Vertrauens ausfüllen und legen Sie ihn in einem verschlossenen Briefumschlag mit der Aufschrift „Vertrauliche Arztsache“ den Bewerbungsunterlagen bei.

Die Kosten für diagnostische und evtl. therapeutische Maßnahmen im Rahmen der zahnärztlichen Untersuchung können von der Bundespolizei **nicht** übernommen werden.

Bitte führen Sie zum Untersuchungstermin den Personalausweis mit und legen diesen in der Praxis vor.

## **Für die Zahnärztin oder den Zahnarzt:**

Die Bewerberin oder der Bewerber legt Ihnen zum Untersuchungstermin einen Personalausweis vor. Bitte notieren Sie die Personalausweisnummer und bestätigen die Angaben auf Seite 2 (oben) mit Ihrem Praxisstempel und Unterschrift.

Vielen Dank!



# Zahnärztlicher Befundbericht

Nachname, ggf. Geburtsname	
Vorname(n)	
geboren am	
Straße	
PLZ, Wohnort	

ausgewiesen durch Personalausweisnummer: \_\_\_\_\_

Nachstehender Status wurde von mir erhoben:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Abkürzungen:

Kariös = c, Füllung = o, umklammerter Zahn = Kl, fehlender Zahn = f, Lückenschluss = ) ( , bereits ersetzter Zahn = e, nicht erhaltungswürdiger Zahn = x, erkrankter, aber erhaltungswürdiger Zahn = w, vorhandene Krone = k, vorhandene Teleskopkrone = tk, vorhandenes Brückenglied = b, Inlay = I, Implantat = Ip, Lockerungsgrad I,II,III.

- |   |                          |    |                          |      |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|
| 1. Parodontitis   | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 2. Zahnstein  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 3. Kieferorthopädische Behandlung geplant/in Behandlung | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 3.1 Kieferorthopädische Behandlung ist abgeschlossen    | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

#### 4. Beurteilung des Gebisses:

- |   |                          |    |                          |      |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Erhebliche Zahnfehlstellungen                       | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Nonokklusionen im Front- und/oder Seitenzahnbereich | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Mangelnde Abstützung im Seitenzahnbereich           | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

#### 5. Zahnersatz vorhanden:

ja  nein

ggf. Beurteilung des festsitzenden Zahnersatzes:

- |   |                          |    |                          |      |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Funktionstüchtig und voraussichtlich von längerer Dauer | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Mangelhaft  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

ggf. Beurteilung des abnehmbaren Zahnersatzes:

- |   |                          |    |                          |      |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Interimsprothese                                      | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Schleimhauttragender Zahnersatz                       | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Partieller Ersatz mit Metallbasis                     | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Funktionsfähig und voraussichtlich von längerer Dauer | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Zahnärztin/des Zahnarztes