

MERKBLATT

für zahnärztliche Untersuchungen

Für die Bewerberin oder den Bewerber:

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

Eine (aktive) kieferorthopädische Behandlung muss abgeschlossen sein.
Dies ist von einer Zahnärztin / einem Zahnarzt bzw. einer Kieferorthopädin / einem Kieferorthopäden zu bescheinigen (siehe kieferorthopädischer Befundbericht).

Bitte lassen Sie den *'Zahnärztlichen Befundbericht'* (Seite 2) von einer Zahnärztin / einem Zahnarzt Ihres Vertrauens vollständig 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 Ihren Personalausweis mit und legen diesen in der Praxis vor.

Für die Zahnärztin oder den Zahnarzt:

Bitte füllen Sie den umseitigen Zahnärztlichen Befundbericht (inkl. Zahn-Statusbefund) vollständig aus.

Die Bewerberin oder der Bewerber legt Ihnen zum Untersuchungstermin den Personalausweis vor. Bitte bestätigen Sie die Identität und alle Angaben auf Seite 2 mit Ihrem Praxisstempel und Unterschrift.

Vielen Dank!

Zahnärztlicher Befundbericht

Name	
Vorname(n)	
geboren am	
Straße	
PLZ, Wohnort	

ausgewiesen durch Personalausweis

Aktueller Befund-Status (bei Vorliegen von Befunden bitte ausfüllen!):

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 Teleskop-Krone = tk, vorhandenes Brückenglied = b, Inlay = l, Implantat = lp, Lockerungsgrad I, II, III.

I. Beurteilung des Gebisses:

1. Funktionsbeeinträchtigende Zahnfehlstellungen? Ja Nein
2. Nonokklusionen im Stützzonen- oder Frontzahnbereich? Ja Nein
3. Mangelnde Abstützung im Seitenzahnbereich? Ja Nein
4. Therapiebedürftige Lücken im Zahnbogen? Ja Nein
5. Therapiepflichtige Parodontopathien / Parodontitis? Ja Nein
6. Akute o. chronische Mund-/Kieferkrankheiten? Ja Nein

II. Beurteilung von Kauapparat und Kieferfunktion:

7. Therapiebedürftige Parafunktionen? Ja Nein
8. Craniomandiubuläre Dysfunktion (CMD)? Ja Nein
9. Dysgnathie(n): ggf. konkrete Diagnosen s. u. Ja Nein
10. Kieferorthopädische Therapie indiziert oder in Behandlung? Ja Nein
10. a) (Aktive) kieferorthopädische Behandlung abgeschlossen? Nein Ja
11. Kieferchirurgische Therapieindikation? Ja Nein

III. Zahnersatz:

- Festsitzend: Art? Ja Nein
- Herausnehmbar: Art? Ja Nein
- Indikation für (erneuten) Zahnersatz: Art? Ja Nein

IV. Diagnose(n):

altersentsprechender Normalbefund; oder: _____

V. Offene Therapieindikation(en) (z. B. konservierend, prothetisch, KFO, MKG-chirurgisch):

keine; oder: _____

VI. Bemerkungen (z. B. voraussichtl. Therapie-Zeitfenster): _____