### **KFO Anfangsdiagnostik**

#### **Patientengespräch**

* Anamnese, Befund, Aufklärung, Kosten

#### **Begleitperson**

* Mutter, Vater, Großeltern, gesetzl. Betreuung, Dolmetscher, Erwachsener alleine, Kind alleine, andere Begleitperson:

#### **Einwilligung**

* Pat. ist einverstanden mit Erstellung der Unterlagen inkl. Röntgen und den bei Genehmigung des Plans anfallenden Gebühren
* Pat. ist nicht schwanger
* Wann wurde das letzte Mal geröntgt?

#### **Beschwerden / Symptome**

* Pat. ist beschwerdefrei
* Pat. hat Beschwerden nach letzter Behandlung

**Details Beschwerden/Symptome:**

#### **Untersuchung KFO**

* OK und UK alles o.p.B.

**Sonstiges:**

#### **Scan**

* Optisch-elektronische Abformung

**Regio:**

* OK, UK

**Biss bei zentrischer Kondylenlage aufgenommen**

**Scan für:**

* AD, ZD, ED, Invisalign, abnehmbare Geräte, GNE + Aufbissplatte, andere:

**Scan Analyse:**

* Therapie/Diagnose anhand Outcomesimulation besprochen

**Grund für Faktorsteigerung:**

* Eingeschränkte Mundöffnung, Mehrfaches Scannen, Erschwerte Trockenlegung des Scanfeldes aufgrund vermehrter Speichelsekretion, Erschwerter Scan aufgrund enger Approximalkontakte, Erschwerte Scannung aufgrund tief unter die Gingiva reichender Kavität, Starker Zungendruck

#### **Fotografie**

* Intraorale Fotos angefertigt
* Extraorale Fotos angefertigt
* Fotostatus erstellt

**Anzahl:**

* 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

#### **OPG/ PSA**

* Einwilligung Erziehungsberechtigte
* Einwilligung des Erziehungsberechtigten erfolgt
* Pat. ist nicht schwanger

**OPG aufgenommen**

**Indikation:**

* Beurteilung der Zahnentwicklung und Wurzelmorphologie
* Bewertung der Weisheitszähne
* Analyse verlagerter Zähne
* Beurteilung Nichtanlagen

**Befund:**

* s. Therapieassistent

#### **FRS**

* Fernröntgenseitenbild angefertigt und ausgewertet

**Indikation:**

* Beurteilung der Wachstumsrichtung und -prognose

**Einwilligung Erziehungsberechtigte:**

* Einwilligung des Erziehungsberechtigten erfolgt

**Befund:**

* s. Therapieassistent

#### **DVT**

* DVT angefertigt
* Belichtungszeit: 90 KV 2.5mA 15s
* Einwilligung Erziehungsberechtigte: Einwilligung des Erziehungsberechtigten erfolgt

**Befund:**

* Verlagert, Retiniert, KG auffällig rechts, KG auffällig links, Dehiszenz, Knochentiefe (PA), Auffällige Knochenstruktur, Durchbruchsstörung, ohne p. Befund

#### **OKUK**

* 55, 54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 65, 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, 85, 84, 83, 82, 81, 71, 72, 73, 74, 75

#### **Patienteninformation**

* Aufklärung über Risiken und Grenzen einer KFO-Behandlung
* Zahnzusatzversicherung:
  + Zahnzusatzversicherung vorhanden
  + Will Zahnzusatzversicherung abschließen
* Pat. ist über Behandlung aufgeklärt

#### **Nächster Termin:**

* Planbesprechung in 4 Wochen

#### **Planung und Sonstiges**

* **Planung:**
* **Sonstiges:**