

Dokumentationsbogen Zahnbehandlung Kaninchen

(Name des Kaninchens)

(Untersuchungsdatum)

(Alter / Geburtsdatum des Kaninchens)

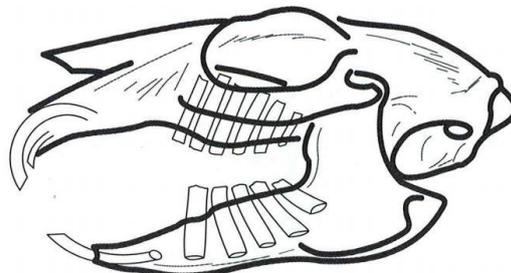
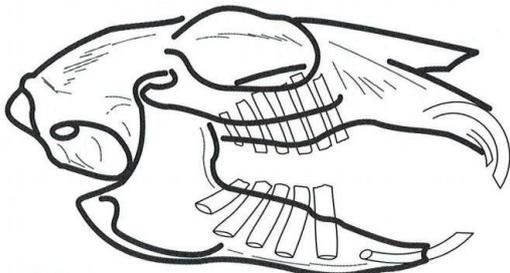
männlich weiblich

(Geschlecht des Kaninchens)

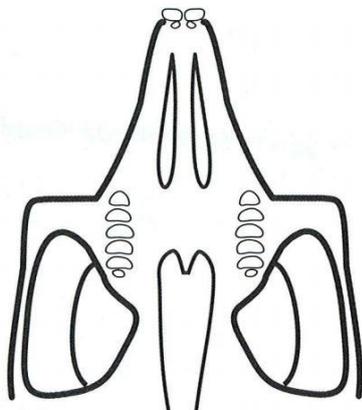
(Gewicht des Kaninchens)

(Name des Halters)

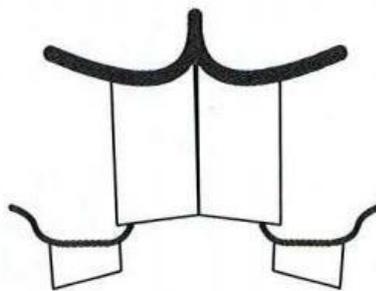
(kurzer Vorbericht)



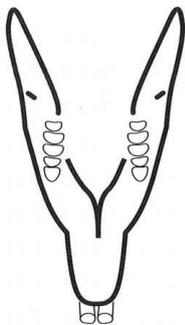
1. Quadrant Oberkiefer Rechts	
I	101
	102
P	106
	107
	108
M	109
	110
	111



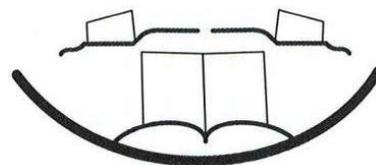
2. Quadrant Oberkiefer Links	
I	201
	202
P	206
	207
	208
M	209
	210
	211



4. Quadrant Unterkiefer Rechts	
M	411
	410
	409
P	408
	407
I	401



3. Quadrant Unterkiefer Links	
M	311
	310
	309
P	308
	307
I	301



#	Fraktur	G	Gingivitis	X	Extraktion	P	Periodontitis
()	Fehlt	M	Mobilität	A	Abszess		

Okklusionsdiagnose:

Norm Mal Grad I Mal Grad II Mal Grad III Mal Grad IV Mal Grad V

Hakenbildung:

<input type="checkbox"/> Grad 1	<input type="checkbox"/> Grad 2	<input type="checkbox"/> Grad 3
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Behandlungsplan:

<input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung	<input type="checkbox"/> Entfernung von Zahnhaken	<input type="checkbox"/> Kürzung Incisivi (mm)
<input type="checkbox"/> Kürzung Molaren (mm)	<input type="checkbox"/> Extraktion	<input type="checkbox"/> Fistelbehandlung

Ernährungsumstellung erforderlich: _____ Nachkontrolle am: _____