

# Dokumentationsbogen Zahnbehandlung Kaninchen

\_\_\_\_\_  
(Name des Kaninchens)

\_\_\_\_\_  
(Untersuchungsdatum)

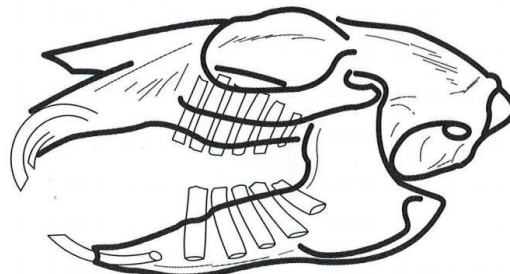
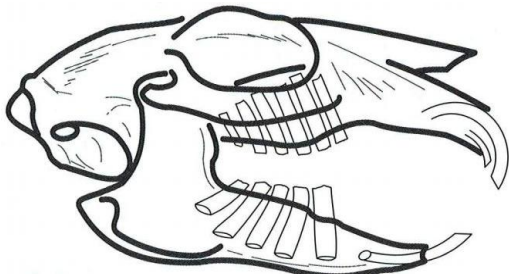
\_\_\_\_\_  
(Alter / Geburtsdatum des Kaninchens)

männlich     weiblich  
\_\_\_\_\_  
(Geschlecht des Kaninchens)

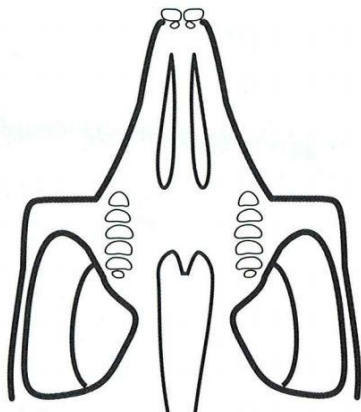
\_\_\_\_\_  
(Gewicht des Kaninchens)

\_\_\_\_\_  
(Name des Halters)

\_\_\_\_\_  
(kurzer Vorbericht)



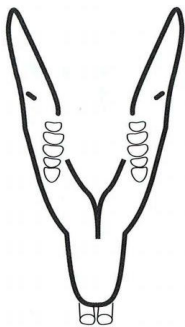
1. Quadrant Oberkiefer Rechts	
I	101
	102
P	106
	107
	108
M	109
	110
	111



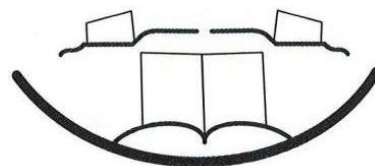
2. Quadrant Oberkiefer Links	
I	201
	202
P	206
	207
	208
M	209
	210
	211



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: \_\_\_\_\_