



Ärztezentrale
Drucksortenverlag

*Ihre Druckerei
in der City*

Zahnärztliches Karteisystem

nach MR Prof. Dr. Peter Kotschy

Zeitsparend – Informativ –
Verwaltungsvereinfachend

(ehemals „ZIV“)

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	31	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII			

Kartei Nr. Versicherungsnummer

Patient: geb.

Versicherter geb.

Anschrift

.....

Krankenkasse

Arbeitgeber

Anschrift

Empf. durch

KARTEITASCHE
weiß oder orange

1fach oder 2fach
verstärkt

VS

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
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

[illegible]

[illegible]

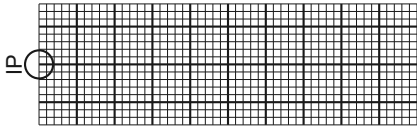
[illegible]

[illegible]

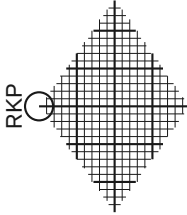
Oklusindex: FUNKTIONSÜBERPRÜFUNG

Muskelbefund	re	li
1 atl. occ. Verbindg.		
2 M. temp. ant.		
3 M. temp. med.		
4 M. temp. post.		
5 cran. mand. Verbindg.		
6 M. masseter superf.		
7 M. digastricus		
8 suprahyoidale M.		
9 infrahyoidale M.		
10 M. sternocleid.		
11 M. pteryg. lat.		
12 M. masseter prof.		
13 Temporalissehne		
14 M. pteryg. m.		
15		

öffnen
schließen



Vorschub
Seitenschub



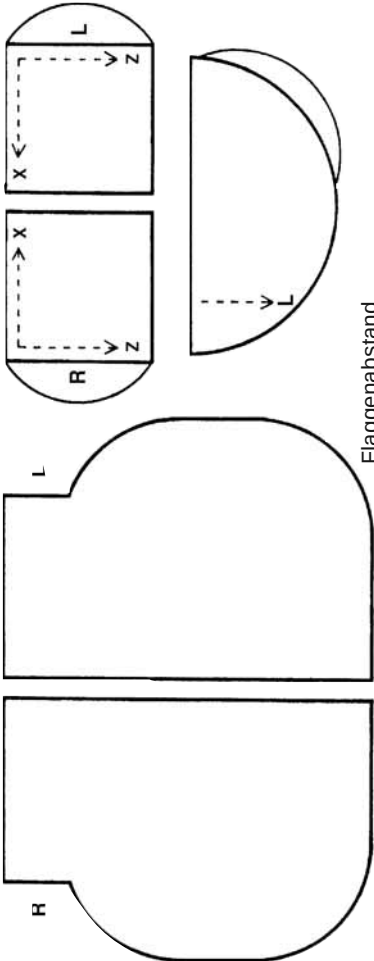
Gelenksresilienz

	R	L
erhöht		
normal		
vermind.		

Gleiten RKP in IP

sagit. _____ mm
re. lat. _____ mm
li. lat. _____ mm

INSTRUMENTELLE ANALYSE



Flaggenabstand

NEUROL. GESICHTSBEFUND

Sensibil.



Motorik:

MYOFUNKT. STÖRUNGEN:

VORLÄUFIGER BEHANDLUNGSPLAN:

RKP =		HKN =	
IOP =		OEN =	
Δh =		RKN =	
ΔL =		RFF =	
Δy =		REF =	
Δz =			
Δx =			

--	--

Versicherungsnummer

Kartei Nr.

geb.

Vorname

Name

A	B	C	10	8	6	4	2

ÄZ 122

Karton weiß

RS[illegible]

Datum:

THERAPIE- und KOSTENPLAN

Name des Patienten: geb.:

Adresse:

Untersuchung:
(z. B. Karies- bzw. Parodontalstatus, Röntgenbefund, ...)
.....
.....

Diagnose:

Beratung:
.....
.....

Therapie:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dieser Therapie- und Kostenplan ist dann nicht verbindlich, wenn sich in Diagnose und Behandlungsverlauf nicht vorhersehbare Leistungserweiterungen ergeben. Diese sind dem Patienten mitzuteilen.

Ich bestätige die vorerst informative Kenntnisnahme dieses Therapie- und Kostenplanes.

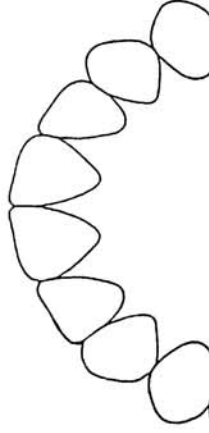
Mit der Behandlung entsprechend diesem Therapie- und Kostenplan einverstanden.

Betrag

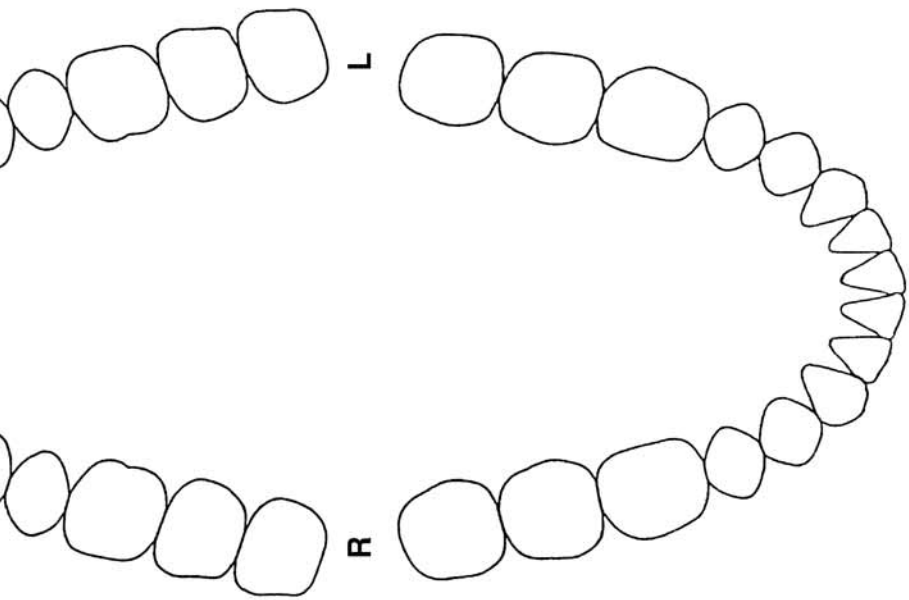
.....
Datum und Unterschrift

.....
Datum und Unterschrift

Beiblatt zur Patienteninformation für den internen Praxisgebrauch

[illegible]

Notizen



Therapie- und Kostenplan

Es wird darauf hingewiesen, daß dieser Therapie- und Kostenplan nicht verbindlich sein kann, da der Krankheitsverlauf und die daraus resultierende Behandlung nicht vorhersehbar sind.

ÄZ 125a

Format A6

Ich bestätige die vorerst informative Kenntnisnahme dieses Therapie- und Kostenplanes.

Mit der Behandlung entsprechend diesem Therapie- und Kostenplan einverstanden.

.....
Datum und Unterschrift

.....
Datum und Unterschrift

ÄZ 125 ZIV Format 84x135 mm Ich bestätige hiermit, die für mich unverbindliche Kenntnisnahme dieses Kostenvoranschlages Ärztezentrale 125 ZIV Mit der Behandlung entsprechend dem Kostenvoranschlag einverstanden. 	

Versicherungsnummer

Patient (Name/Vorname)

Geb.-Dat.

Geb.-Dat.

Tel. Priv.

Versicherter (Name/Vorname)

Geb.-Dat.

Geb.-Dat.

Tel. Priv.

Anschrift

Straße/Gasse/Platz

Tür

Tel. Gesch.

Kranken-

kasse

POSTLEITZAHL

ORT

Name des Arbeitgebers

Beruf

Anschrift des Arbeitgebers

Empfohlen durch

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Im Interesse Ihrer persönlichen Sicherheit und um eine optimale Behandlung sicherstellen zu können, werden Sie gebeten, folgende Fragen peinlichst genau zu beantworten. Sofern Sie die Frage mit ja beantworten können, kreuzen Sie das linke „ja“-Kästchen an, falls Sie die Frage mit nein beantworten wollen, kreuzen Sie das rechte Kästchen für „nein“ an. Antworten Sie bitte auf alle Fragen. Sämtliche Antworten werden vertraulich behandelt und dienen der ärztlichen Dokumentation.

Handelt es sich bei der Frage um eine Doppel- oder Mehrfachfrage unterstreichen Sie bitte den für Sie zuständigen Teil.

ANGABEN ÜBER DEN ALLGEMEINEN GESUNDHEITSZUSTAND:

ja	☐	nein	☐	1. Wurden Sie im letzten Jahr durch einen Arzt untersucht?
ja	☐	nein	☐	2. Haben Sie im Verlaufe des letzten Jahres eine Veränderung in Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand bemerkt?
ja	☐	nein	☐	3. Werden Sie gegenwärtig von einem Arzt behandelt?
ja	☐	nein	☐	4. Waren Sie je sehr schwer krank? Wenn ja, welche Erkrankung?
ja	☐	nein	☐	5. Wurden Sie jemals einer Strahlenbehandlung unterzogen?
ja	☐	nein	☐	6. Hatten Sie jemals eine Erkrankung an einem der folgenden Systeme: Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, Rhythmusstörungen Bluthochdruck, Niedriger Blutdruck
ja	☐	nein	☐	Herz: Kreislauf: Atemwege inkl. Lunge Magen-, Darmtrakt, Leber: Hepatitis (Gelbsucht) A, B, C - Impfung A/B?
ja	☐	nein	☐	Niere und Blase
ja	☐	nein	☐	Bewegungsapparat: Knochen, Gelenke, Muskel, Rheuma
ja	☐	nein	☐	Nervensystem: Kopfschmerzen, Migräne, Epilepsie, Multiple Sklerose (MS)

☐	ja	☐	nein	☐	Stoffwechsel:	Zuckerkrankheit (Alterszucker, Insulinpflichtig), Erhöhte Harnsäure	Zutreffendes Medikament unterstreichen
☐	ja	☐	nein	☐	Hormonsystem:	Schilddrüse, Nebenniere, Geschlechtsorgane	
☐	ja	☐	nein	☐	Blut:	Blutarmut, Blut	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	7. Litten oder leiden Sie an Hautausschlägen, Heuschnupfen, Asthma oder an einer Allergie?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	8. Hatten Sie jemals eine unangenehme oder eine allergische Reaktion auf ein Medikament: Aspirin, Jod, Antibiotika (z. B.: Penicillin, Tetracyclin), Sulfonamide, Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel, Injektionsmittel Andere Medikamente?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	9. Haben Sie eine Erkrankung der Augen (Grüner, Grauer Star)?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	10. Haben Sie Beschwerden im Bereich der Stirn- oder Kieferhöhle?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	11. Entstehen bei Ihnen leicht blaue Flecken oder Nasenbluten oder bluten Sie lange bei einer Schnittwunde?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	12. Sind Sie kurzatmig bei kleineren Anstrengungen?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	13. Verspüren Sie Schmerzen in der Brust, wenn Sie sich anstrengen oder Stiegen steigen?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	14. Haben Sie je schmerzhafte oder geschwollene Gelenke?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	15. Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verändert?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	16. Leiden Sie häufig an Verdauungsstörungen (Verstopfung, Durchfall, Entzündungen)?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	17. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Schlucken?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	18. Gibt es Nahrungsmittel, die Sie nicht vertragen? Welche?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	19. Essen Sie eine spezielle Diät?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	20. Erbrechen Sie häufig?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	21. Klagen Sie über einen beständigen Husten oder haben Sie je blutigen Auswurf gehabt?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	22. Sind Sie meistens sehr durstig?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	23. Fallen Sie leicht in Ohnmacht?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	24. Haben Sie schon einmal einen Krampfanfall erlitten?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	25. Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	26. Ist Ihnen von Ihren Befunden ein positives HIV-Testergebnis bekannt?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	27. Haben Sie einen Herzschrittmacher?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	28. Haben Sie heute Schmerzmittel (z. B. Aspirin®) oder Migränemedikamente eingenommen?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	29. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z. B. Macoumar®, Sintrom®)?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	30. Nehmen Sie zur Vorbeugung von Herzinfarkt oder Schlaganfall Thrombo-Ass®, Kinder-Aspirin® oder Thrombosantin® ein?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	31. Erhalten Sie derzeit zur Thrombose-Vorbeugung Heparin-Injektionen®? (z. B. Lovenox®, Fragmin®, Fraxiparin®, Sandoparin®)	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	32. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?	
☐	ja	☐	nein	☐	☐	33. Für Frauen: Sind Sie gegenwärtig schwanger?	

ANGABEN ÜBER DEN ZUSTAND DES KAUSYSTEMES:

Sehr geehrter Patient, Sie werden gebeten, bei den nun folgenden Fragen nicht den akuten Zustand zu berücksichtigen, der Sie jetzt in die Ordination führt, sondern es interessiert uns der Allgemeinzustand Ihres Kausystemes. Geben Sie Ihre akuten Klagen bei der Frage **Nr. 23** an.

- ja ☐

nein ☐

1. Glauben Sie, daß Ihre Zähne Ihre Gesundheit beeinträchtigen?
- ja ☐

nein ☐

2. Sind Sie von der äußeren Erscheinung Ihrer Zähne enttäuscht?
- ja ☐

nein ☐

3. Bekümmert Sie eine zahnärztliche Behandlung?
- ja ☐

nein ☐

4. Haben Sie Schwierigkeiten, gewisse Nahrung zu kauen?
- ja ☐

nein ☐

5. Haben Sie je eine unangenehme Reaktion auf ein zahnärztliches Injektionsmittel erlebt?
- ja ☐

nein ☐

6. Wurden Sie im Bereich von Mund, Gesicht und Lippen je operiert, um einen Tumor, ein Wachstum oder irgend eine andere Erkrankung zu behandeln?
- ja ☐

nein ☐

7. Sind Sie Mundatmer? Schnarchen Sie?
- ja ☐

nein ☐

8. Haben Sie vor kurzem Zahnschmerzen gehabt?
- ja ☐

nein ☐

9. Haben Sie je eine schwere Infektion im Mund durchgemacht?
- ja ☐

nein ☐

10. Beklagen Sie sich öfter über Bläschen (Aphthen)?
- ja ☐

nein ☐

11. Wie oft bürsten Sie Ihre Zähne pro Tag?
- ja ☐

nein ☐

12. Vor dem Schalfengehen ☐ nach jeder Mahlzeit ☐
- ja ☐

nein ☐

13. Bürsten Sie die Zähne vor ☐ oder nach ☐ dem Frühstück?
- ja ☐

nein ☐

14. Blutet dabei das Zahnfleisch? ein wenig ☐
- ja ☐

nein ☐

15. Sind die Zähne empfindlich auf kalt ☐ heiß ☐ beim Kauen ☐?
- ja ☐

nein ☐

16. Bleiben regelmäßig Speisereste zwischen den Zähnen stecken?
- ja ☐

nein ☐

17. Knirschen Sie mit den Zähnen? Wenn ja: nachts ☐ am Tage ☐ ständig ☐

Bitte vor der Beantwortung der nun folgenden 10 Fragen die nachstehende Anleitung zu studieren.
Sie werden speziell darauf hingewiesen, sich bei der Beantwortung der Fragen nicht durch Ihren akuten Schmerzzustand beeinflussen zu lassen.

Wenn Sie eine Frage mit „nein“ beantworten, dann machen Sie bitte einen Schrägstrich in die „nein“-Rubrik.
Wenn Sie eine Frage mit „ja“ beantworten wollen, dann unterscheiden Sie bitte in folgende Bewertung:
„ja“, Zustand leicht = 1 „ja“, Zustand mittel = 2 „ja“, Zustand stark = 3 und tragen Sie diese Ziffer in die „ja“-Rubrik ein.
Bei Mehrfachfragen bitte wieder unterstreichen.

ja	nein

1. Haben Sie irgendwann Beschwerden, wenn Sie kauen?
2. Schmerzt es bei weiter Mundöffnung, großem Biß oder beim Gähnen?
3. Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche, auf welcher Seite? links ☐ rechts ☐
4. Haben Sie manchmal oder oft Schmerzen vor, hinter oder im Ohr? links ☐ rechts ☐
5. Leiden Sie an Kopfschmerzen?

- Leiden Sie selten oder häufig unter Verkrampfung oder Ziehen in der Kopf-, Nacken- oder Halsregion?
- Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund?
- Stört ein Zahn beim Schließen, Kauen oder Schlucken?
- Ist irgendein Zahn besonders empfindlich?
- Müssen Sie einen Platz suchen, wenn Sie Ihre Zähne vollends schließen möchten?
Wenn unbewußt (automatisch) = nein Wenn bewußt = ja
ja, einfach schnell = 1 ja, längeres Suchen notwendig = 3

OKKLUSAL-INDEX

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| ja ☐ | nein ☐ | 15. Unternehmen Sie etwas gegen die angeführten Zustände? |
| ja ☐ | nein ☐ | 16. Hatten Sie jemals eine Verletzung im Bereich von Kopf und Nacken? |
| ja ☐ | nein ☐ | 17. Hatten Sie jemals eine Kieferregulierung oder eine Einschleifbehandlung? |
| ja ☐ | nein ☐ | 18. Beeinflussen die angeführten Beschwerden Ihr Wohlbefinden oder Ihre Schaffenskraft? |
| | | 19. Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? |
| | | 20. Was wurde gemacht? |
| ja ☐ | nein ☐ | 21. Sind Sie während der Zahnbehandlung: sehr ängstlich ☐ etwas ängstlich ☐ nicht ängstlich ☐ |
| | | 22. Möchten Sie schmerzlos behandelt werden? |
| | | 23. Welches besondere Anliegen hat Sie zu dem heutigen Besuch veranlaßt?
.....
.....
..... |
| ja ☐ | nein ☐ | 24. Vermuten Sie eine ernsthafte Störung oder Erkrankung? |
| ja ☐ | nein ☐ | 25. Erscheint Ihnen die Erhaltung der natürlichen Zähne notwendig? |
| ja ☐ | nein ☐ | 26. Glauben Sie, daß ein künstlicher Ersatz die gleiche Funktion erfüllt? |

Wichtig: Wir möchten Sie höflich darauf hinweisen, daß Therapie- und Kostenpläne dann nicht verbindlich sein können, wenn sich in Diagnose und Behandlungsverlauf nicht vorhersehbare Leistungserweiterungen ergeben. Diese werden Ihnen selbstverständlich mitgeteilt.

Ich bestätige hiemit die **Richtigkeit und Vollständigkeit** der oa. Angaben. Außerdem werde ich hiemit darauf aufmerksam gemacht, daß meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter dem Einfluß von Injektionen zur lokalen Anästhesie, therapeutischen Injektionen sowie Medikamenten, die vor oder während der Behandlung verabreicht werden, für 4 bis 6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann.

ÄZ 127

**Format A6
Gedruckt auf A5**

VS

Postkarte

.....

.....

.....
Straße, Hausnummer, Stiege, Türnummer od. Postfachnummer
.....

.....
Postleitzahl

.....
Bestimmungsort

ÄZ 127

**Format A6
Gedruckt auf A5**

RS

Hiermit erlaube ich mir Ihnen mitzuteilen, daß im
Monat wieder eine Überprüfung
Ihrer Mundhygiene notwendig ist.

Vereinbaren Sie bitte mit der Assistentin einen Termin
von Minuten Dauer.

Hochachtungsvoll

R

└─

[illegible]

Name			Vorname			geb.	Kartei Nr.	Versicherungsnummer	

Datum:

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

R

L

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Datum:

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

R

L

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Datum:

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

R

L

[illegible]

⌋

[illegible][illegible]

—

[illegible][illegible]

[illegible]

Datum:

[illegible]

۲

[illegible]

Datum:

[illegible]

2

[illegible]

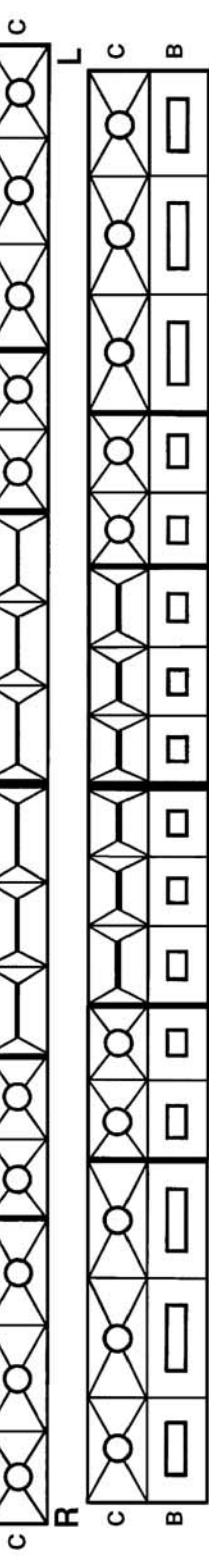
└

Datum:

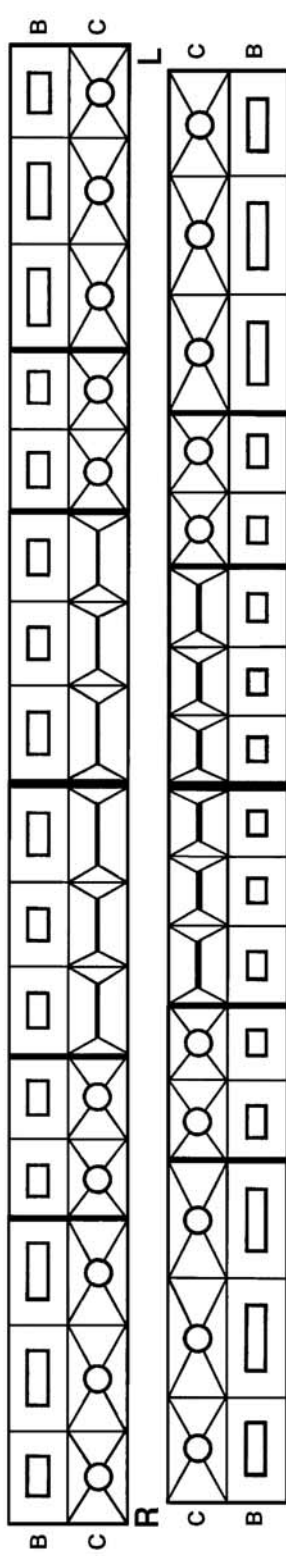
[illegible]

۲

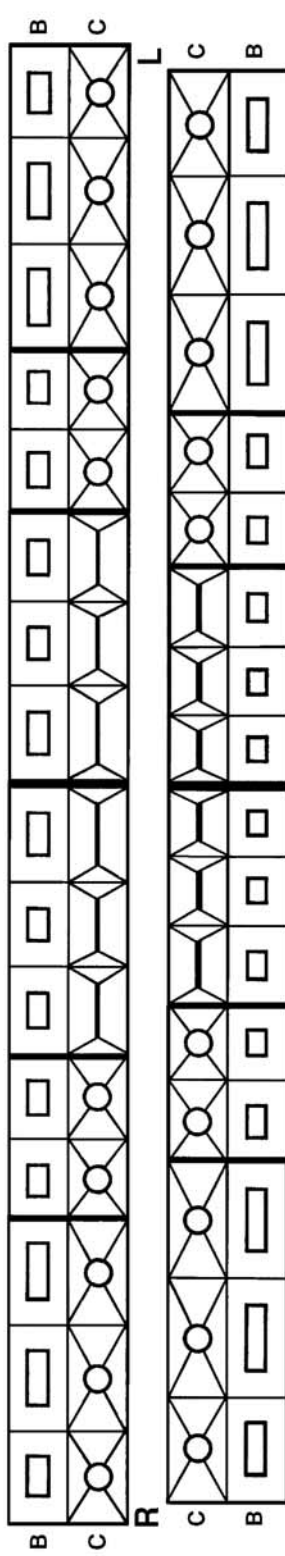
[illegible]

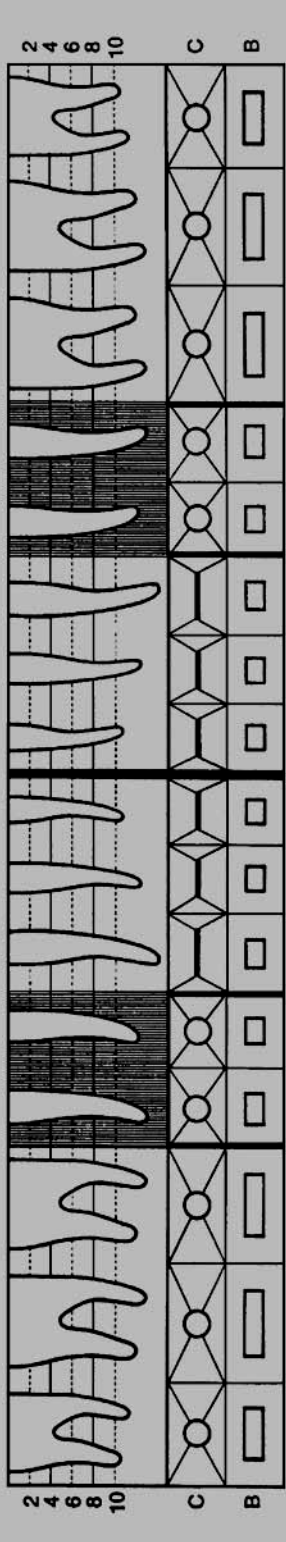
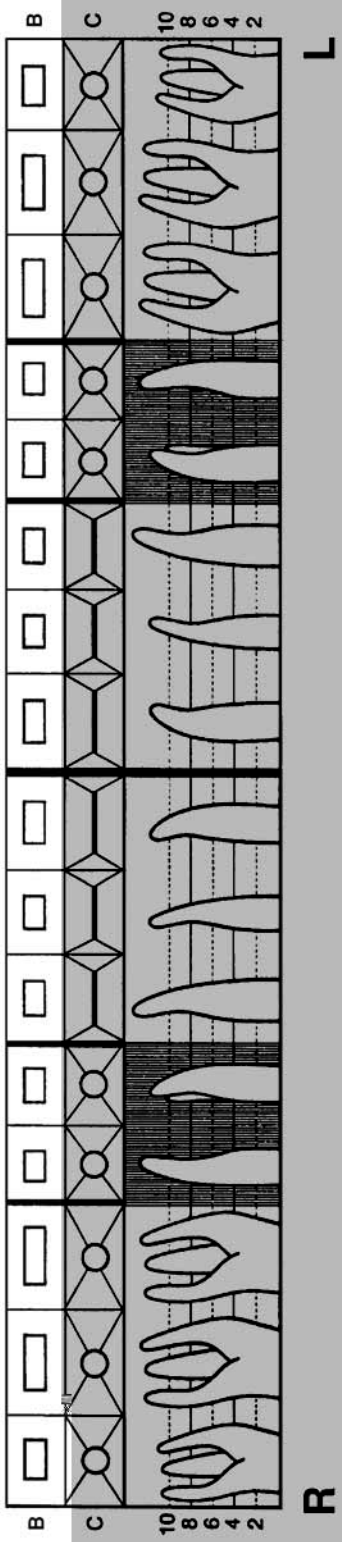


Datum:



Datum:

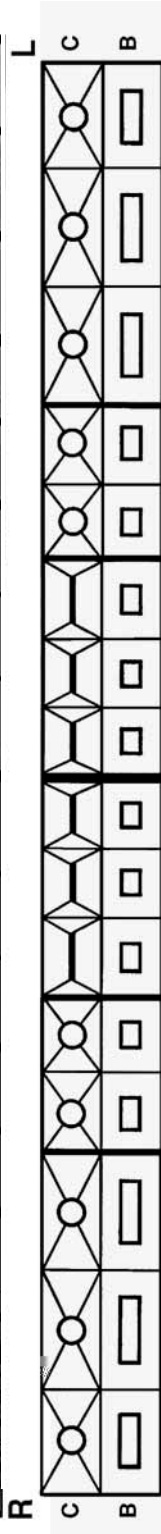




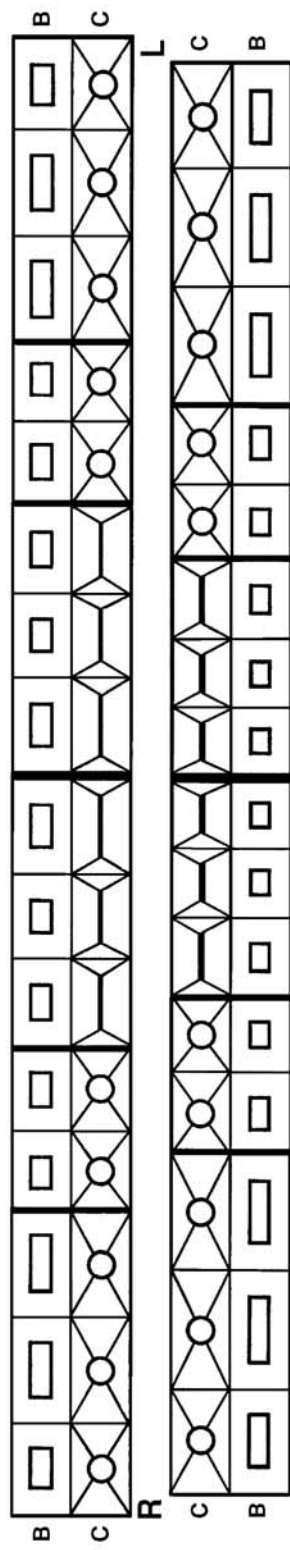
Weitere Therapie:

Datum:

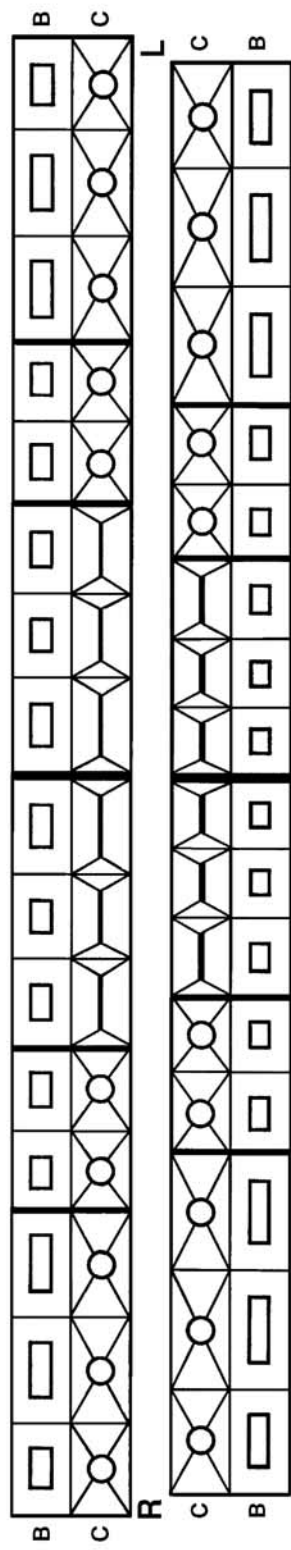




Datum:



Datum:



[illegible]

Zur Beachtung:

Vor der Narkose:

1. Vor jedem Eingriff in Allgemeinetäubung ist eine mindestens sechsstündige Nüchternheit erforderlich.
2. Zum Zeitpunkt der Narkose darf der Patient keinerlei Krankheitssymptome aufweisen (Erkältung, Fieber und Erkrankungen der Atemwege).
3. Alle bisherigen Erkrankungen, Leiden und Behandlungen sind dem Anästhesiearzt mitzuteilen.

Nach der Narkose:

1. Der Heimweg nach der Entlassung durch den Arzt darf nur in Begleitung eines Erwachsenen angetreten werden.
2. Innerhalb von 24 Stunden nach der Narkose darf kein Fahrzeug gelenkt werden.
3. Ebenfalls besteht ein Alkoholverbot für 24 Stunden.
4. Es sollen keine wichtigen Entscheidungen getroffen werden.

Datum:.....

.....
Unterschrift des Patienten

Das Zutreffende bitte ankreuzen!	Ja	Nein	Weiß nicht
1. Sind Sie zuckerkrank (Diabetiker)?	☐	☐	☐
2. Sind Sie leberkrank oder hatten Sie einmal Gelbsucht?	☐	☐	☐
3. Haben oder hatten sie ein Magen- od. Darmgeschwür?	☐	☐	☐
4. Haben oder hatten sie ein Nieren- oder Blasenleiden?	☐	☐	☐
5. Haben oder hatten sie eine ernsthafte Herz-, Kreislauf- oder Gefäßkrankung oder ein Venenleiden?	☐	☐	☐
6. Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung des Blutes, des Knochenmarks oder an einer Blutgerinnungsstörung?	☐	☐	☐
7. Leiden sie unter Asthma (schwerer Atemnot)?	☐	☐	☐
8. Haben Sie ein Augenleiden?	☐	☐	☐

Das Zutreffende bitte ankreuzen!	Ja	Nein	Weiß nicht
9. Haben oder hatten sie eine Schilddrüsenerkrankung?	☐	☐	☐
10. Leiden oder litten Sie an Tuberkulose?	☐	☐	☐
11. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlung oder zur Kur?	☐	☐	☐
12. Sind Sie in den letzten 5 Jahren operiert worden?	☐	☐	☐
13. Sind Sie Allergiker (hatten Sie z. B. schon einmal Heuschnupfen, Nesselsucht od. Hautausschlag?) oder vertragen Sie gewisse Arzneimittel nicht?	☐	☐	☐
14. Sind Sie schwanger?	☐	☐	☐

Datum:

Unterschrift:

[illegible]

[illegible]

ÄZ 201 ZIV

**Format A6
2färbig
Balken rot**

Sie sind zur Behandlung an folgenden Terminen vorgemerkt:

Ich bitte Sie, diese Termine in Ihrem eigenen und dem Interesse Ihrer Mitpatienten genau einzuhalten. Sollten Sie verhindert sein, unterrichten Sie mich bitte rechtzeitig. Ich mache Sie darauf aufmerksam, daß ich unentschuldigte Patienten nicht mehr weiterbehandeln kann und versäumte Termine in Rechnung stelle.

Ebenfalls bitte ich Sie, Ihren Krankenschein innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen nach Behandlungsbeginn abzugeben, da Sie ansonsten als Privatpatient gelten.

Patientinnen, die ein Baby erwarten, mögen dies der Ordinationshilfe mitteilen. Injektionen, außer bei chirurgischen Eingriffen, werden von der Krankenkasse nicht vergütet und sind daher privat zu bezahlen.

Sonderdruck aus

Österreichische Zeitschrift für Stomatologie

73. Jahrgang

Dezember 1976

Heft 12

Printed in Austria

Druck: Agens-Werk Geyer + Reisser, 1051 Wien, Arbeitergasse 1-7

**SONDERDRUCK
Heft 12**

Umfang 6 Seiten

Die Systematik der funktionsorientierten zahnärztlichen Diagnostik und ihre karteimäßige Erfassung

von

P. Kotschy

Nicht zuletzt durch die Wiederentdeckung der Artikulationslehre und deren Weiterentwicklung in den letzten Jahren wird die Exaktheit der in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gestellten Diagnose der Funktionsstörungen immer größer bzw. erst möglich gemacht. Dies, aber auch das beginnende Erkennen der Zusammenhänge von früher getrennt geführten Krankheitserscheinungen, erzwingt vom Zahnarzt eine immer umfangreichere Befunderhebung.

Es soll im Folgenden versucht werden, eine systematische Übersicht über die Befunderhebung zu geben und gleichzeitig die karteimäßigen Unterlagen für den diagnostischen Arbeitsgang vorzustellen.

Die gesamte Diagnostik ist in folgende Abschnitte gliederbar:

- I. Allgemein-medizinische Anamnese
- II. Spezifisch zahnärztliche Anamnese
- III. Untersuchung des mastikatorischen Systems
- IV. Diagnostischer Arbeitsgang

I. Allgemein-medizinische Anamnese

Hier ist die Verwendung eines leicht verständlichen Fragebogens, den der Patient unbeeinflusst und in aller Ruhe ausfüllen und signieren kann, angezeigt, welcher dann dem Zahnarzt als Unterlage für eine gezielte Anamnese dienen kann. Dieser soll etwaige Erkrankungen bzw. deren medikamentöse Behandlung folgender Systeme eruieren:

Herz und Kreislauf, Atmungstrakt, Magen-Darm-System, Nieren- und Leberfunktion, Stoffwechsel, Blutbildendes System inklusive Gerinnungsstörungen, Zentralnerven- und vegetatives System, Bewegungsapparat, Allergien. Bei weiblichen Patienten ist nach eventueller Schwangerschaft, regelmäßigen Hormoneinnahmen oder Eintritt des Wechsels zu fragen. Die Erhebung der psychischen Reaktionslage des Patienten hat sich als äußerst wirksam erwiesen, da die psychogenen Faktoren nicht nur das Gesamtbild des Patienten abrunden, sondern eine zentrale Komponente in der gegenseitigen Beeinflussung von Kauorgan und Körper darstellen.

Eigenartigerweise spielt die Frage der Ernährung in der Zahnheilkunde bis jetzt eine untergeordnete Rolle, obwohl das Kauorgan nicht nur durch seine ureigenste Funktion der Nahrungszerkleinerung mechanisch von der Art der Nahrung beeinflusst

wird, sondern auch der Chemismus eine entscheidende Rolle bei allen Schädigungen sowohl der Zähne als auch des Zahnhalteapparates spielt. Daher interessiert uns die Art der Nahrung, die Form der Zubereitung und die zeitliche Folge der Einnahme derselben.

Nebenbei sei bemerkt, daß die Erhebung der allgemein-medizinischen Anamnese nicht nur diagnostischen Zwecken dient, sondern auch aus forensischen Gründen wichtig erscheint.

II. Spezifisch zahnärztliche Anamnese

Die Erstellung des Okklusalindex, welcher die subjektive Beurteilung des Kausystems durch den Patienten darstellt (10 standardisierte Fragen, welche je nach subjektiver Empfindung des Patienten mit 1, 2 oder 3 beantwortet werden), gibt einen ersten Hinweis auf die etwaige Größe der Funktionsstörung.

Im weiteren wird sich die Anamnese mit folgenden Problemkreisen beschäftigen: das Wissen des Patienten um einseitige Kaugewohnheiten, bewußte Parafunktionen, eine früher erfolgte Aufklärung über Parodontopathien bzw. über das gesamte Gebiet der Prophylaxe. Die Kontinuität der Zahnarztbesuche und die Person der Überweisung bzw. Empfehlung geben wichtige Hinweise auf die Art und Intensität der später zu erfolgenden Motivation des Patienten.

III. Untersuchung des mastikatorischen Systems

Da der Schwerpunkt dieser hier gegebenen Darstellung auf der funktionsanalytischen Befunderhebung ruht, sei darauf hingewiesen, daß zur Niederschrift des Kariesstatus, der vorhandenen Wurzelfüllungen, der Vitalitätsprüfung, Erosionen, Schmelzdefekte etc. eine eigene Kartei dient. Die in Abb. 1 und 2 dargestellte „Befunderhebungs- und funktionsanalytische Kartei“ stellt den Versuch dar, dem Zahnarzt sowohl die Niederlegung der erhobenen Befunde in übersichtlicher Art und Weise zu ermöglichen als auch die fugenlose Überleitung zum diagnostischen Arbeitsgang wesentlich zu erleichtern.

Abb. 1 zeigt die Vorderseite der Kartei, bei der sowohl im Oberkiefer als auch im Unterkiefer der Zahnhalteapparat in das Zentrum der Betrachtung gerückt ist. Der Zustand des Parodont wird einerseits von den Funktions- und Parafunktionenkräften, die auf die Kronen der Zähne einwirken, beeinflußt, andererseits ist sein Zustand abhängig von Häufigkeit und Intensität der Plaqueablagerungen. Diese hier getroffene Anordnung soll den Zahnärzten die Suche nach den Ursachen für eine Schädigung des Parodont auf funktionsanalytischem Wege ermöglichen, aber auch durch großangelegte Reihenuntersuchungen die Ursache der Funktionsstörungen und deren Auswirkungen auf das Parodont neu zur Diskussion stellen.

Detaillierte Angaben über die Handhabung der Kartei können im Rahmen dieser Kurzfassung nicht gegeben werden.

		Name				Vorname				geb.				Kartei Nr.		Versicherungsnummer		
A																		
B																		
C																		
10																		10
8																		8
6																		6
4																		4
2																		2
R																		L
2																		2
4																		4
6																		6
8																		8
10																		10
C																		
B																		
A																		

Abb. 1

1. Feststellung der Mundhygiene (s. Abb. 1)

Sowohl die Lage als auch die Intensität von Plaque und Zahnstein werden in der Rubrik „C“ eingezeichnet.

2. Zustand des Parodont (s. Abb. 1)

a) Linienförmige Einzeichnungen des durch die Röntgenuntersuchung festgestellten Zustandsbildes des Alveolarknochens in das Wurzelfeld. Offene Bi- und Trifurkationen, Interdentalkrater. Einzeichnung der Verlaufsform der Gingiva marginalis (Rezessionen, Clefts), der Linea girlandiformis und der Lippen- und Wangenbänder.

b) Rubrik „B“ Umrahmung: Taschentiefeneintragung der nach der 4- oder 6-Punktemessung mittels der Parodontalsonde gefundenen Werte.

c) Rubrik „B“ Zentrum: Eintragung der Beweglichkeitsgrade (0–IV).

d) Rubrik „A“: für individuelle Notizen freigehalten.

3. Okklusion (s. Abb. 1)

Hier dient die exakte anatomische Wiedergabe der Kauflächenform der Einzeichnung sowohl der zentrischen als auch der exzentrischen Kontakte. Zentrik: rot, protrusiv: violett, laterotrusiv (Arbeitsseite): grün, mediotrusiv (Balanceseite): blau. Weiters werden Abrasionen und Fehlstellungen von Zähnen eingezeichnet.

4. Muskelbefunderhebung (s. Abb. 2)

Die Palpation dieser an der Kaufunktion mittelbar oder unmittelbar beteiligten Muskeln gibt Auskunft über die Art und Intensität der Funktionsstörung.

Die angeführten Nummern entsprechen folgenden Palpationsregionen: 1 Reg. d. atlanto-occipitalen Verbindungen, 2 M. temporalis, 3 Gelenk, 4 M. pterygoideus lateralis, 5 M. masseter oben, 6 M. masseter unten, 7 M. pterygoideus medialis, 8 M. pterygoideus medialis außen, 9 M. mylohyoideus, 10 M. sternocleidomastoideus. Falls weitere Palpationsbefunde gewünscht werden, stehen die Nummern 11 bis 15 zur Verfügung.

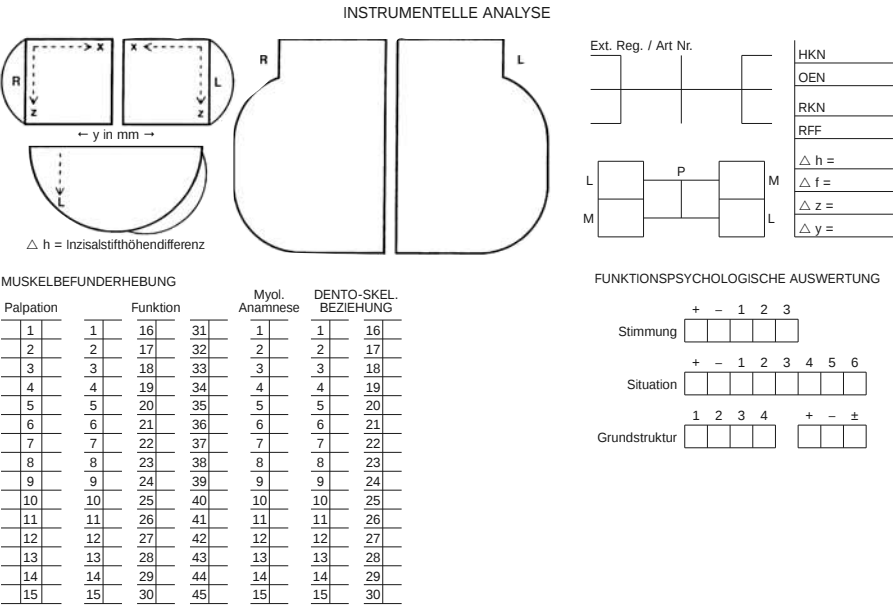


Abb. 2

Die in Abb. 2 gezeigten Auswertungsschemata der Muskelfunktion, der myofunktionellen Anamnese, der dento-skelettalen Beziehung und der funktionspsychologischen Auswertung werden jetzt nicht näher beschrieben, da die zu diesen Themen laufenden Untersuchungen noch nicht abgeschlossen sind.

IV. Diagnostischer Arbeitsgang

Instrumentelle Analyse (s. Abb. 2), die Beschreibung des Arbeitsvorganges erfolgt in einer der nächsten Nummern der Österreichischen Zeitschrift für Stomatologie.

Fernröntgenanalyse

Der Abschnitt IV wird in der Arbeit von R. Slavicek beschrieben. Bei der Erstellung der Diagnose werden nun sowohl die erhobenen Befunde und die Ergebnisse der instrumentellen Funktionsanalyse im Artikulator als auch die Fernröntgenanalyse zur Abrundung des Gesamtbildes herangezogen.

Die vorher gezeigte enge Zusammenfassung der zahnärztlichen Befundergebnisse in dieser Kartei, zum Beispiel das in Abb. 1 optisch erfaßbare Spiel der Kräfte zwischen Okklusion und Parodont oder Okklusion und Muskulatur, geben dem Zahnarzt die Möglichkeit, all diese Faktoren einfacher und übersichtlicher als bisher in seine Diagnostik einzubauen. Außerdem ist diese Form einer ausführlichen Befunderhebung geeignet, dank Reihenuntersuchungen mit anschließender Computerauswertung, der zahnärztlichen Diagnostik und Therapie neue Impulse zu liefern.

Zusammenfassung

Die Weiterentwicklung der Artikulationslehre hat unter anderem die Abwendung des Praktikers von der Einzelzahn Betrachtung und seine Zuwendung zur Gesamtdiagnostik des mastikatorischen Systems sehr beschleunigt.

In der vorliegenden Arbeit wird der Versuch unternommen, im Rahmen einer Kurzzusammenfassung eine karteimäßige Erfassung der funktionsorientierten Diagnostik vorzustellen. Das Hauptaugenmerk wurde auf die Übersichtlichkeit und einfache Handhabung der Kartei gelegt, da nur dann die Erkenntnisse der Gnathologie und Parodontologie in die Allgemeinpraxis einfließen werden, wenn die Zusammenhänge überschaubar und damit vielleicht zwingend vorliegen.

Anschrift des Verfassers:

MR Prof. Dr. Peter Kotschy, Lindengasse 41, A-1070 Wien.

Sonderdruck aus

Österreichische Zeitschrift für Stomatologie

76. Jahrgang

Juni 1979

Heft 6

Printed in Austria

Druck: Agens-Werk Geyer + Reisser, 1051 Wien, Arbeitergasse 1-7

**SONDERDRUCK
Heft 6**

Umfang 8 Seiten

Die Dokumentation der Anamnese, Befunderhebung, Diagnostik und Therapie in der Zahn-, Mund und Kieferheilkunde

von

P. Kotschy

Mit Hilfe des in dieser Arbeit vorgestellten Karteisystems, welches sich zum größten Teil seit dem Jahre 1973 in vielen Ordinationen bewährt hat, soll dem vielbeschäftigten Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde die Möglichkeit geboten werden, nicht nur die durchgeführte Therapie in übersichtlicher Weise zu dokumentieren, sondern auch ein umfangreiches Wissen über den Zustand seiner Patienten in rationeller Weise zu archivieren. Durch die komprimierte Form der graphischen Darstellung der Befunde, wie es zum Beispiel das Befunderhebungs- und funktionsanalytische Karteiblatt auf einen Blick ermöglicht, wird die Diagnose erleichtert und damit der Weg zu einer umfassenden Therapie geebnet.

In Ergänzung zu den Ausführungen von Heft 12/1976 der Österreichischen Zeitschrift für Stomatologie (73. Jahrgang, Dezember 1976, Seite 445–449) wird im folgenden eine detaillierte Beschreibung der karteimäßigen Erfassung des in grober Übersicht zuletzt dargelegten Untersuchungsvorganges vorgelegt.

I. Allgemeinmedizinische Anamnese

Die Vorderseite des Fragebogens Nr. 126 (siehe Abb. 1), welche der Patient aus Zeitersparnisgründen im Wartezimmer ausfüllt, geht im ersten Teil auf die dem Patienten bekannten, derzeit bestehenden oder bereits durchgemachten Erkrankungen seines Körpers ein, während der zweite Teil eine Hinterfragung eventuell bestehender Symptome zum Inhalt hat.

II. Spezifisch zahnärztliche Anamnese

Die Rückseite des Fragebogens (siehe Abb. 2) gibt nun ein Bild von der subjektiven Beschreibung des Zustandes des Kausystems durch den Patienten.

Die durch diesen Fragebogen gewonnenen Unterlagen bilden eine Grundlage für die detaillierte Befragung durch den behandelnden Arzt. Die Praxis hat gezeigt, daß die Anwendung dieses Fragebogens die Erstellung einer gründlichen allgemeinmedizinischen und zahnärztlichen Anamnese in wenigen Minuten ermöglicht, womit eine wesentliche Voraussetzung für die Durchführung in der Allgemeinpraxis gegeben ist.

III. Untersuchung des mastikatorischen Systems

Der Dokumentation der nun zu erhebenden zahnärztlichen Befunde und der nachfolgenden Therapie dienen folgende Teile des Karteisystems:

Patient (Name/Vorname)	Geb.-Dat.	Versicherungsnummer
Versicherter (Name/Vorname)	Geb.-Dat.	Tel. Priv.
Anschrift	Straße/Gasse/Platz	Tür
POSTLEITZAHL ORT	Tel. Gesch. Kranken- kasse	
Name des Arbeitgebers		Beruf
Anschrift des Arbeitgebers		Empfohlen durch

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Im Interesse Ihrer persönlichen Sicherheit und um eine optimale Behandlung sicherstellen zu können, werden Sie gebeten, folgende Fragen peinlichst genau zu beantworten. Sofern Sie die Frage mit ja beantworten können, kreuzen Sie das linke „ja“-Kästchen an, falls Sie die Frage mit nein beantworten wollen, kreuzen Sie das rechte Kästchen für „nein“ an. Antworten Sie bitte auf alle Fragen. Sämtliche Antworten werden vertraulich behandelt und dienen der ärztlichen Dokumentation.

Handelt es sich bei der Frage um eine Doppel- oder Mehrfachfrage unterstreichen Sie bitte den für Sie zuständigen Teil.

ANGABEN ÜBER DEN ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND:

- | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|--|
| ja ☐ | nein ☐ | 1. Wurden Sie im letzten Jahr durch einen Arzt untersucht? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 2. Haben Sie im Verlaufe des letzten Jahres eine Veränderung in Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand bemerkt? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 3. Werden Sie gegenwärtig von einem Arzt behandelt? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 4. Waren Sie je sehr schwer krank? | |
| ja ☐ | nein ☐ | Wenn ja, welche Erkrankung? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 5. Wurden Sie jemals einer Strahlenbehandlung unterzogen? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 6. Hatten Sie jemals eine Erkrankung an einem der folgenden Systeme: | |
| ja ☐ | nein ☐ | Herz: Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, Rhythmusstörungen | |
| ja ☐ | nein ☐ | Kreislauf: Bluthochdruck, Niedriger Blutdruck | |
| ja ☐ | nein ☐ | Atemwege inkl. Lunge | |
| ja ☐ | nein ☐ | Magen-, Darmtrakt, Leber: Hepatitis (Gelbsucht) A, B, C - Impfung A/B? | |
| ja ☐ | nein ☐ | Niere und Blase | |
| ja ☐ | nein ☐ | Bewegungsapparat: Knochen, Gelenke, Muskel, Rheuma | |
| ja ☐ | nein ☐ | Nervensystem: Kopfschmerzen, Migräne, Epilepsie, Multiple Sklerose (MS) | |
| ja ☐ | nein ☐ | Stoffwechsel: Zuckerkrankheit (Alterszucker, Insulinpflichtig), Erhöhte Harnsäure | |
| ja ☐ | nein ☐ | Hormonsystem: Schilddrüse, Nebenniere, Geschlechtsorgane | |
| ja ☐ | nein ☐ | Blut: Blutarmut, Bluter | |
| ja ☐ | nein ☐ | 7. Litten oder leiden Sie an Hautausschlägen, Heuschnupfen, Asthma oder an einer Allergie? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 8. Hatten Sie jemals eine unangenehme oder eine allergische Reaktion auf ein Medikament: Aspirin, Jod-, Antibiotika (z. B.: Penicillin, Tetracyklin), Sulfonamide, Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel, Injektionsmittel, Andere Medikamente? | Zutreffendes Medikament unterstreichen |
| ja ☐ | nein ☐ | 9. Haben Sie eine Erkrankung der Augen (Grüner, Grauer Star)? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 10. Haben Sie Beschwerden im Bereich der Stirn- oder Kieferhöhle? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 11. Entstehen bei Ihnen leicht blaue Flecken oder Nasenbluten oder bluten Sie lange bei einer Schnittwunde? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 12. Sind Sie kurzatmig bei kleineren Anstrengungen? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 13. Verspüren Sie Schmerzen in der Brust, wenn Sie sich anstrengen oder Stiegen steigen? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 14. Haben Sie je schmerzhaftes oder geschwollene Gelenke? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 15. Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verändert? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 16. Leiden Sie häufig an Verdauungsstörungen (Verstopfung, Durchfall, Entzündungen)? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 17. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Schlucken? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 18. Gibt es Nahrungsmittel, die Sie nicht vertragen? Welche? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 19. Essen Sie eine spezielle Diät? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 20. Erbrechen Sie häufig? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 21. Klagen Sie über einen beständigen Husten oder haben Sie je blutigen Auswurf gehabt? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 22. Sind Sie meistens sehr durstig? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 23. Fallen Sie leicht in Ohnmacht? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 24. Haben Sie schon einmal einen Krampfanfall erlitten? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 25. Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 26. Ist Ihnen von Ihren Befunden ein positives HIV-Testergebnis bekannt? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 27. Haben Sie einen Herzschrittmacher? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 28. Haben Sie heute Schmerzmittel (z. B. Aspirin®) oder Migränemedikamente eingenommen? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 29. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z. B. Macoumar®, Sintrom®)? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 30. Nehmen Sie zur Vorbeugung von Herzinfarkt oder Schlaganfall Thrombo-Ass®, Kinder-Aspirin® oder Thrombosantin® ein? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 31. Erhalten Sie derzeit zur Thrombose-Vorbeugung Heparin-Injektionen®? (z. B. Lovenox®, Fragmin®, Fraxiparin®, Sandoparin®) | |
| ja ☐ | nein ☐ | 32. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? | |
| ja ☐ | nein ☐ | 33. Für Frauen: Sind Sie gegenwärtig schwanger? | |

Abb. 2

2. Befunderhebungs- und funktionsanalytische Kartei, Nr. 122 (siehe Abb. 4)

2.1 Feststellung der Mundhygiene

Rubrik „A“: Parodontalindizes

Rubrik „C“: Einzeichnung der topographischen Lage von Plaque (lila) und Zahnstein (schwarz)

2.2 Zustand des Parodonts

Rubrik „B“: Umrahmung: Taschentiefeneintragung

Zentrum: Beweglichkeitsgrade 0 bis IV

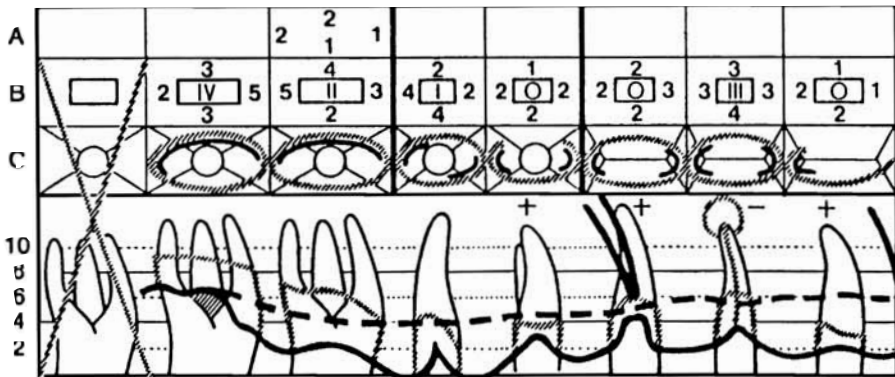


Abb. 4:

Ausschnitt aus der Befunderhebungs- und funktionsanalytischen Kartei.

Rubrik C: lila = schraffiert

schwarz = durchgezogen

Wurzelfeld: rot = durchgezogen oder strichliert

blau = schraffiert

Wurzelfeld: 0-Linie = Schmelzzementgrenze

Eintragung rot:

Margo gingivalis – bucc.: durchgezogen

– pal. bzw. ling.: punktiert

Linea girlandiformis: strichliert

einstrahlende Wangen- und Lippenbänder: durchgezogen

Eintragung blau:

Zahnfleisch und Knochentasche – bucc.: durchgezogen

– pal. bzw. ling.: punktiert

fehlende Zähne

periapikale Aufhellung

freiliegende Bifurkationen

Vitalität

Wurzelbehandlungen

2.3 Okklusion

2.4 Funktionsüberprüfung des stomatognathen Systems

2.5 Neurologischer Gesichtsbefund

2.6 Instrumentelle Analyse

Arbeit R. Slavicek siehe Literatur (6)

3. **Röntgenfolie:** dient zur Aufnahme des kompletten Röntgenstatus.

4. Behandlungsplan-Einlageblatt, Nr. 125

IV. Therapie

1. Krankenkassenkartei, Nr. 120, weiß (siehe Abb. 5)

Karrierstatus und gesamte Aufzeichnung der von der österreichischen Sozialversicherung honorierten Arbeiten, Positionsnummer 1 bis 44.

[illegible]

Abb. 5

Muster: Ausschnitt aus der Krankenkassenkartei.

Position 1 bis 44 in Kürzelform und graphische Darstellung der Füllungen.

Diese Form der Eintragung ermöglicht das sofortige Aufsuchen eines Zahnes und gewährleistet einen Langzeitüberblick über die an diesem Zahn vollbrachten Leistungen; außerdem vereinfacht dieses System die Eintragung und reduziert damit die Fehlerquellen. Zur Eintragung der zahnbezogenen Leistungen in dem linken Raster der Kartei werden die in Österreich üblichen Kürzel verwendet. In der rechten Zeile werden das gesamte Kausystem betreffende Eintragungen vorgenommen bzw. Ergänzungen zu den im Zahnrastrer verwendeten Kürzel eingetragen.

2. Karteiblatt für Privatleistungen, Nr. 120, blau

Das Prinzip der Eintragung ist das gleiche wie bei der Krankenkassenkartei.

3. Mundhygiene-Recallkarteiblatt, Nr. 124

Dieses Karteiblatt wurde geschaffen, um dem Praktiker die Überprüfung der Effizienz der parodontaltherapeutischen Maßnahmen in übersichtlicher Form zu ermöglichen.

4. Privat-Liquidationskartei, Nr. 123

Aus Platzgründen werden in dieser Arbeit nur zwei Karteiblätter dieses Systems ausführlich vorgestellt, aber es sollte damit das gesamte Prinzip in Kurzform dargestellt werden.

Zusammenfassung

Das Hauptaugenmerk wurde beim Entwurf dieser Kartei auf eine möglichst praxisgerechte Anwendbarkeit gelegt, da nur in dieser Form neben der reinen Dokumentation der Therapie, z. B. auch die Erstellung einer allgemeinmedizinischen Anamnese oder der funktionsanalytischen Befunderhebung Eingang in die frequentierte Praxis des Facharztes für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde finden kann.

Literatur

(1) Freiding, R.: Wien, persönliche Mitteilungen. – (2) Ketterl, W.: Marginale Parodontopathien, Befunderhebung und Systematik, Praxis der Zahnheilkunde, Band 1, Urban u. Schwarzenberg, München – Wien 1973. – (3) Kotschy, P.: Die Systematik der funktionsorientierten zahnärztlichen Diagnostik und ihre karteimäßige Erfassung, Teil I, Österr. Stomat. 76/12, 445–449. – (4) Lundeen-Wirth: Der okklusale Index, Formblatt 1972. – (5) Mühlemann, H. R., K. H. Rateitschak, H. H. Renggli: Parodontologie, G. Thieme Verlag, Stuttgart 1975. – (6) Slavicek, R.: Die Systematik der funktionsorientierten zahnärztlichen Diagnostik und ihre karteimäßige Erfassung, Teil II, Österr. Stomat. 79/5, 181–185. – (7) Stoiber, E.: Wien, persönliche Mitteilungen.

Anschrift des Verfassers:

MR Prof. Dr. Peter Kotschy, Lindengasse 41/15, A-1070 Wien.

NOTIZEN

NOTIZEN

NOTIZEN

Ärztezentrale

für Ferngesprächsübermittlung Dr. Wilfried Rodler
Inh.: Dr. Adelheid Kreiner-Rodler
Postadresse: A-1014 Wien, Postfach 155
**Wien 1., Helferstorferstraße 2 / Freyung 6
(im Schottenhof)**

DRUCKSORTEN

Tel.: (+43/1) 531 16-25
Fax: (+43/1) 533 13-93
e-mail: verkauf@aerztezentrale.co.at
Kur- und Wellness-Information – DW 26
Heil- und Mineralwasservertrieb – DW 26
Gute Parkmöglichkeiten:
Kurzparkzone oder Freyung-Garage
Bitte geben Sie in Ihrem Interesse,
– zwecks Portoersparnis –
größere Bestellungen auf.
Öffnungszeiten:
Montag - Donnerstag von 8.00 - 18.00 Uhr
Freitag von 8.00 - 17.00 Uhr
durchgehend geöffnet
Samstag geschlossen!

ADRESSENVERLAG

A-1010 Wien, Helferstorferstraße 4
Tel.: (+43/1) 531 16-17
Fax: (+43/1) 532 12-82
e-mail: versand@aerztezentrale.co.at
Versand - Kopien - Vervielfältigungen
- Schnelldrucke
kurzfristig - schnell - preisgünstig

TELEFONISCHER INFORMATIONSDIENST

24-Std.-Besetzung
Tel.: (+43/1) 531 16-0
Fax: (+43/1) 531 16-66
e-mail: service@aerztezentrale.co.at



Helferstorferstraße 2/Freyung 6 • Wien 1., im Schottenhof
Telefon 531 16-25 oder 24 • Fax 533 13 93
www.aerztezentrale.co.at • verkauf@aerztezentrale.co.at
Montag-Donnerstag 8⁰⁰-18⁰⁰ Uhr • Freitag 8⁰⁰-17⁰⁰ Uhr