



Merkblatt für zahnärztliche Untersuchungen

Für die Bewerberin/den Bewerber:

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

Eine kieferorthopädische Behandlung muss abgeschlossen sein.

Dies ist von einer Zahnärztin/einem Zahnarzt oder einer Kieferorthopädin/einem Kieferorthopäden zu bescheinigen.

Bitte lassen Sie den „Zahnärztlichen Befundbericht“ (Seite 2) von einer Zahnärztin/einem Zahnarzt Ihres Vertrauens ausfüllen und legen Sie ihn in einem verschlossenen Briefumschlag mit der Aufschrift „Vertrauliche Arztsache“ den Bewerbungsunterlagen bei oder bringen Sie ihn zum Eignungsauswahlverfahren mit.

Die Kosten für diagnostische und evtl. therapeutische Maßnahmen im Rahmen der zahnärztlichen Untersuchung können von der Bundespolizei nicht übernommen werden.

Zahnärztlicher Befundbericht

Nachname, ggf. Geburtsname	
Vorname(n)	
geboren am	
Straße	
PLZ, Wohnort	

Nachstehender Status wurde von mir erhoben:

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 Teleskopkrone = tk, vorhandenes Brückenglied = b, Inlay = I, Implantat = Ip, Lockerungsgrad I,II,III.

- | | | | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| 1. Parodontitis | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 2. Zahnstein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 3. Kieferorthopädische Behandlung geplant/in Behandlung | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 3.1 Kieferorthopädische Behandlung ist abgeschlossen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

4. Beurteilung des Gebisses:

- | | | | | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Erhebliche Zahnfehlstellungen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Nonokklusionen im Front- und/oder Seitenzahnbereich | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Mangelnde Abstützung im Seitenzahnbereich | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

5. Zahnersatz vorhanden:

ja nein

ggf. Beurteilung des festsitzenden Zahnersatzes:

- | | | | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Funktionstüchtig und voraussichtlich von längerer Dauer | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Mangelhaft | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

ggf. Beurteilung des abnehmbaren Zahnersatzes:

- | | | | | |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Interimsprothese | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Schleimhauttragender Zahnersatz | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Partieller Ersatz mit Metallbasis | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Funktionsfähig und voraussichtlich von längerer Dauer | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

Bemerkungen: _____

Ort, Datum	Unterschrift und Stempel der Zahnärztin/des Zahnarztes
------------	--------------------------------------------------------