

spitta katalog



Für die optimale Praxisverwaltung und -organisation
2021/2022



Mehr als **45** Jahre
Dental-Kompetenz
für Ihren Erfolg!



Quality is



NOW

**Jetzt auf außergewöhnliche
Qualität setzen:**

KaVo MASTERserie für noch mehr
Präzision und Langlebigkeit in Ihrem
Praxisalltag.

now.kavo.com

KaVo Dental GmbH | Bismarckring 39 | 88400 Biberach
www.kavo.com

KAVO
Dental Excellence

Liebe Leserin, lieber Leser,

in Ihrem Praxis- und Laboralltag sind wir jeden Tag an Ihrer Seite und unterstützen Sie mit unseren kleinen und großen Helfern bei Ihren täglichen Herausforderungen!

Von Karteikarten über Krankenblätter bis hin zu Praxisformularen und Merkblättern – für jeden Bedarf finden Sie das passende Produkt!

Wir freuen uns, auch im Jahr 2021 mit unseren Produkten Ihren Arbeitsalltag noch effizienter zu gestalten.

Weitere Informationen finden Sie unter www.spitta.de.

Unsere Highlights für Sie

Wir bieten Ihnen eine große Auswahl an unterschiedlichen **Anamnesebögen im DIN A4 und A5 Format** (siehe Seite 34-36). **Und jetzt ganz neu: Mit Covid-19 Abfrage.** In diesem Formular werden neben der Anamnese spezielle Fragen bezüglich Covid-19 abgefragt.

Mit der **Spitta Maxi-Karteikarte** im XXL Format archivieren Sie umfangreiche Patientenunterlagen optimal gesammelt in einer Karteikarte (siehe Seite 6). Sie bietet die doppelte Aufnahmemenge bei gewohntem Handling und Standard einer gewohnt hochwertigen Spitta-Karteikarte.

Ein absoluter Klassiker unter unseren Produkten für die Praxisorganisation & -verwaltung ist der **Terminzettel** (siehe Seite 47). Mit seiner Signalwirkung und dem freundlich lächelnden Zahn wird der Patient an einen bevorstehenden Termin erinnert.

Überzeugen Sie sich jetzt von unseren Produkten für die Praxisverwaltung und -organisation!
Ich wünsche Ihnen viel Spaß beim Durchstöbern unseres Katalogs 2021/2022.

Halil Reber

P.S.: Bestellscheine finden Sie auf den letzten Seiten des Katalogs.



Mehr als **45** Jahre
Dental-Kompetenz
für Ihren Erfolg!

Spitta-Kundencenter

Sie erreichen das Spitta-Kundencenter:

Mo. – Do. von 8.00 – 17.00 Uhr
Fr. von 8.00 – 12.00 Uhr

Telefon **07433 952-0**

Telefax **07433 952-777**

E-Mail **kundencenter@spitta.de**

Webseite **www.spitta.de**

Inhalt

1

Spitta-System-Kartei, Hygiene-Karteikarte und -zubehör

Seite 5 – 18

2

Röntgenkartei und Röntgenkarteizubehör

Seite 20 – 27

3

Krankenblätter

Seite 29 – 32

4

Labor- & Praxisformulare und Dokumentation

Seite 34 – 48

5

Patientenberatung, Merkblätter und Patientenpässe

Seite 50 – 55

6

Terminplanung und Kontrollbücher

Seite 56 – 61

7

Formulare mit Praxiseindruck und Sonderanfertigungen

Seite 62 – 65

Bestellscheine

Seite 66 – 69



Alphabetleiste

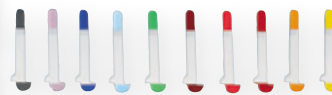
sie bietet – systematisch mit Farben markiert – eine optimale Übersicht, falsches Einsortieren wird unmöglich

Behandlungszeiträume

auf einen Blick ersichtlich

Anschriftenfeld vorgedruckt

Zahnschema



Signalreiter

zusätzliche
Kontroll-
möglichkeit



Anschriftenfeld frei

Spitta-System-Kartei® mit vorgedrucktem Anschriftenfeld

Format: DIN A5

Packung à 200 Stück

Best.-Nr.

1007014100	weiß
1007014101	gelb
1007014102	blau
1007014103	grün
1007014104	rosa
1007014105	orange

1 OP 121,72 €

3 OP à 111,98 €

www.spitta.de/karteikarte-a5

Packung à 100 Stück

Best.-Nr.

1007014164	weiß
1007014165	gelb

1 OP 72,33 €

Spitta-System-Kartei® mit freiem Anschriftenfeld (z. B. Adrema)

Format: DIN A5

Packung à 200 Stück

Best.-Nr.

1007014110	weiß
1007014111	gelb
1007014112	blau
1007014113	grün
1007014114	rosa

1 OP 121,72 €

3 OP à 111,98 €

www.spitta.de/kartei-adrema

Maxi-Karteikarte (DIN A5) ▶

Platz da! Patientendokumentation
jetzt auch in XXL

Ihre Vorteile:

- doppelte Aufnahmemenge bei gewohntem Handling und Standard
- gleichbleibendes „Zubehör“ für die innovative Maxi-Karteikarte
- alle Dokumente gesammelt in einer Karteikarte verwalten und archivieren

Packung à 80 Stück

1007014167 weiß

1007014169 gelb

1 OP 78,46 €

Packung à 150 Stück

1007014166 weiß

1007014168 gelb

1 OP 137,30 €

www.spitta.de/maxi-karteikarte



Spitta-Hygiene-Karteikarte DIN A5 ▶

Packung à 100 Karteikarten weiß
+ 100 Hygiene-Schutzhüllen

Best.-Nr. 1000982164

1 OP 123,20 €

3 OP à 117,58 €

Die Hygiene-Karteikarte erfüllt die Hygiene-Vorgaben der RKI-Richtlinie Punkt 7.1 „Einrichtungsgegenstände im Behandlungsbereich“.

Die griffige und desinfizierbare Folie garantiert einen Rundumschutz der Karte vor Schmutz, Nässe und Krankheitserregern.

Bestehende Spitta-System-Karteikarten können natürlich auch nachträglich mit der Schutzfolie ausgestattet werden. Die Haltbarkeit der Karte wird um ein Vielfaches gesteigert.

www.spitta.de/hygiene-kartei



Hygiene-Schutzhülle für Spitta-System-Kartei® DIN A5

Packung à 100 Folien

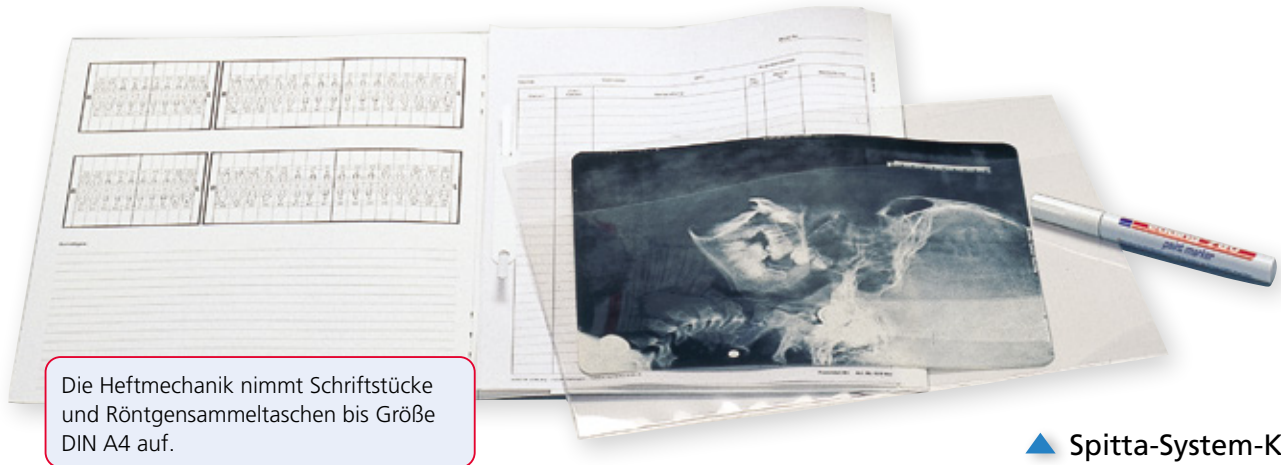
Best.-Nr. 1007014312

1 OP 81,37 €

3 OP à 76,10 €

www.spitta.de/hygiene-schutzhülle

**Profitieren Sie von der Erfahrung
aus 45 Jahren Dental-Kompetenz**



Spitta-System-Kartei® DIN A4

Packung à 150 Stück

Best.-Nr. 1007014159

1 OP 175,73 €

3 OP à 163,44 €

www.spitta.de/karteikarte-a4

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S Sch St T U V W X Y Z																																																																												
EDV-Nr.		Modell-Nr.		M F R - P																																																																								
Patient:																																																																												
Name		Vorname										geb.																																																																
Mitglied:																																																																												
Name		Vorname										geb.																																																																
Anschrift:																																																																												
Straße		Tel.-Nr.																																																																										
PLZ		Ort																																																																										
Krankenkasse:																																																																												
Geschäftsstelle		Mitglieds-Nr.																																																																										
Beruf:																																																																												
Arbeitgeber:																																																																												
überweisender beh. ZA:																																																																												
Tel.-Nr.																																																																												
Plan gestellt am: _____ Plan genehmigt am: _____																																																																												
Gutachten am: _____ genehmigt: _____																																																																												
Verlängerungsantrag gestellt am: _____																																																																												
Verlängerungsantrag genehmigt am: _____																																																																												
Beh.-Beginn: _____ Beh.-Ende: _____																																																																												
Anamnese:																																																																												
☐ Mundatmung ☐ Lutschern ☐ Sprachstörung ☐ Knirschen ☐ Tonsillektomie ☐ Adenotomie ☐ Mundhygiene ☐ ☐ Diastema-OP																																																																												
Röntgenbefund																																																																												
☐ Nichtanlage ☐ Weisheitszähne ☐ bereits ex. Z. ☐ tiefkariöse Z. ☐ enge Keimanlage ☐ Verlagerung/Retention ☐ permanentes Gebiß ☐ Überzahl ☐ Sonstiges																																																																												
Behandlungszeiträume																																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>I</th> <th>II</th> <th>III</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>																										I	II	III	IV																																															
I	II	III	IV																																																																									
Fotoanalyse																																																																												
☐ gerades ☐ Durchschnittsgesicht ☐ n. hinten schiefes ☐ Vorgesicht ☐ n. vorne schiefes ☐ Rückgesicht																																																																												
Fernröntgenaufnahme																																																																												
☐ neutrales Wachstum ☐ brachiofaciales Wachstum ☐ dolichofaciales Wachstum																																																																												
Handaufnahme ☐ Alter ☐ ♂ ☐ ♀																																																																												
☐ PP ₂ = ☐ MP ₃ = ☐ S ☐ MP ₂ cap ☐ DP ₃₀ ☐ PP ₃₀ ☐ Ru																																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">SJ:</th> <th colspan="4">Platz transversal:</th> <th colspan="4"></th> </tr> <tr> <th>OK</th> <th>Ist</th> <th>Soll</th> <th>Differenz</th> <th>Ist</th> <th>Soll</th> <th>Differenz</th> <th>Ist</th> <th>Soll</th> <th>Differenz</th> <th>Ist</th> <th>Soll</th> <th>Differenz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td></td> <td>6</td> <td>6</td> <td></td> <td>6</td> <td>6</td> <td></td> <td>6</td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UK</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>																										SJ:				Platz transversal:								OK	Ist	Soll	Differenz	Ist	Soll	Differenz	Ist	Soll	Differenz	Ist	Soll	Differenz	4	4	4		6	6		6	6		6	6		UK												
SJ:				Platz transversal:																																																																								
OK	Ist	Soll	Differenz	Ist	Soll	Differenz	Ist	Soll	Differenz	Ist	Soll	Differenz																																																																
4	4	4		6	6		6	6		6	6																																																																	
UK																																																																												
Seitenzahnverschiebung ☐ mes./dist.																																																																												
Lücke ☐ verengt/geschl.																																																																												
Kreuzbiß ☐																																																																												
Frontzahnabstand: mm																																																																												
Mittellinienverschiebung																																																																												
tiefer Biß: ☐																																																																												
offener Biß: ☐																																																																												
Bilblage: ☐																																																																												

Spitta-Karteikarte Kieferorthopädie

DIN A4

Farbe: weiß

Packung à 150 Stück

Best.-Nr. 1007014160

1 OP 175,73 €

3 OP à 163,44 €

www.spitta.de/karteikarte-kfo

Hängeschiene

für DIN-A4-Kartei,
Packung à 100 Stück

Best.-Nr. 1007014311

1 OP 30,70 €





◀ Karteikasten

Kunststoff

für DIN A4 quer

Best.-Nr. 1007014303

1 Stück 49,14 €

für DIN A5 quer

Best.-Nr. 1007014302

1 Stück 36,85 €

Heftmechanik separat ▶

für DIN-A4 und A5-Kartei
selbstklebend, Farbe: weiß
Packung à 100 Stück

Best.-Nr. 1007014310

1 OP 28,59 €



Die Heftmechanik nimmt Schriftstücke und Röntgensammeltaschen bis Größe DIN A4 auf.

Leitregister ▶

für DIN-A5-Kartei, 25-teilig A–Z

Best.-Nr. 1007014301

1 Satz 45,35 €



Spitta- Universalkartei

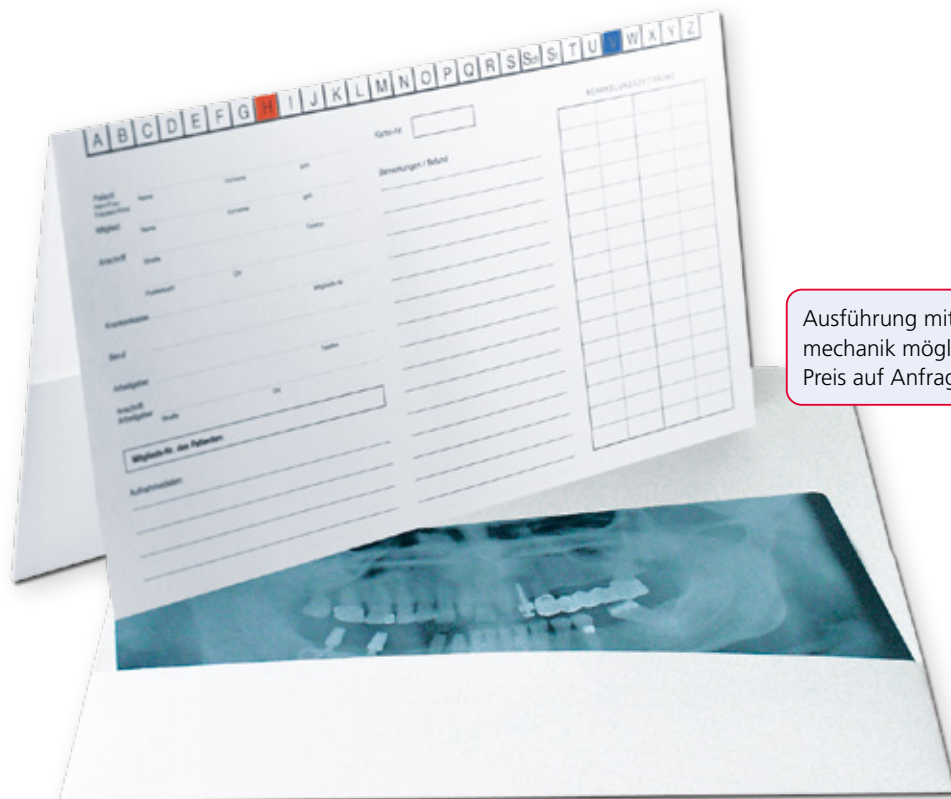
Aufbewahrungstasche
für krankenscheiblose
Dokumentationen
Format: 153 x 305 mm
Farbe: weiß
Packung à 200 Stück

Best.-Nr. 1007014161

1 OP 122,99 €

3 OP à 113,43 €

www.spitta.de/universalkartei



Ausführung mit Heft-
mechanik möglich –
Preis auf Anfrage.



Mit beigelegter
Abheftvorrichtung

Spitta-Quick-Kartei

DIN A5
Packung à 500 Stück

Best.-Nr.

1007014120 weiß

1007014121 gelb

1007014122 blau

1007014124 rosa

1 OP 255,65 €

3 OP à 245,91 €

www.spitta.de/quick-kartei



Economic-Karteikarte

DIN A5 ohne Heftmechanik
Farbe: weiß
Packung à 200 Stück

Best.-Nr. 1007014158

1 OP 56,59 €

3 OP à 49,28 €

www.spitta.de/economic

Spitta Verlag · 72336 Balingen · Tel.: 07433 952-0 · www.spitta.de
Aufkleber Patientenstammdaten A4 Karten weiß Art.-Nr. 20517 1007034251

Kartei-Nr. **M F R - P**

Patient
Name Vorname geb.
Herr/Frau
Fräulein/Kind

Mitglied
Name Vorname geb.

Anschrift
Straße Telefon
Postleitzahl Ort

Krankenkasse Mitglieds-Nr.

Beruf

Arbeitgeber Telefon

Anschrift Arbeitgeber
Straße Ort

▲ Patientenstammdaten- Aufkleber

für DIN-A4-Kartei
Format: 97 x 131 mm
selbstklebend
Farbe: weiß
Block à 50 Stück
Best.-Nr. 1007034251
1 Block 9,80 €
5 Blöcke à 9,19 €

Universalaufkleber (weiß, selbstklebend)
für Karteikarten und Anschriften

Achtung!
Vor Beschriftung diesen Rand abziehen.

Herrn Maier Bernd 3 04-02-62
Markt 15
55116 Mainz 1
06163-4444
069-7892061-68
Allergie
0004 IKK Elektriker (R) pbc

Herrn Maier Bernd 3 04-02-62
Markt 15
55116 Mainz 1
06163-4444
069-7892061-68
Allergie
0004 IKK Elektriker (R) pbc

Herrn Maier Bernd 3 04-02-62
Markt 15
55116 Mainz 1
06163-4444
069-7892061-68
Allergie
0004 IKK Elektriker (R) pbc

▲ Karteikarten-Aufkleber

Format: DIN A5
Farbe: weiß
Packung à 100 Stück
Best.-Nr. 1007034254
1 OP 20,27 €
3 OP à 19,11 €

Z A X M A N A S H S U O F O N W T X F I H D A B O O B V

KONTO

Z A X M A N A S H S U O F O N W T X F I H D A B O O B V

KONTO

Z A X M A N A S H S U O F O N W T X F I H D A B O O B V

KONTO

Z A X M A N A S H S U O F O N W T X F I H D A B O O B V

KONTO

Z A X M A N A S H S U O F O N W T X F I H D A B O O B V

KONTO

Z A X M A N A S H S U O F O N W T X F I H D A B O O B V

KONTO

Z A X M A N A S H S U O F O N W T X F I H D A B O O B V

KONTO

Z A X M A N A S H S U O F O N W T X F I H D A B O O B V

KONTO

Z A X M A N A S H S U O F O N W T X F I H D A B O O B V

KONTO

Z A X M A N A S H S U O F O N W T X F I H D A B O O B V

KONTO

Anwendung: Streifen mit Selbstklebung vom Adressfeld abziehen und damit das alte Alphabet genau deckend überkleben. Mit einem spitzen Instrument die verdeckten Schritte für die Signatur durchstechen.

Spitta Verlag · 72336 Balingen · Tel.: 07433 952-0 · www.spitta.de · Alphabetkartei DIN A5 gelb Art.-Nr. 21000 1007034100

▲ Alphabetblatt

für DIN-A5-Kartei
selbstklebend
Blatt à 10 Leisten
Best.-Nr.
1007034100 weiß
1007034101 gelb
1007034102 blau
1007034103 grün
1007034104 rosa
1007034105 orange
1 Blatt 1,96 €

Passend für
Spitta-System-Kartei®
Best.-Nr. 1007014100 und
Best.-Nr. 1007014120 und
Best.-Nr. 1007014110 und
Best.-Nr. 1007014166

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S S S S S T U V W X Y Z

▲ Alphabetblatt

für DIN-A4-Kartei, selbstklebend
Farbe: weiß, Blatt à 8 Leisten
Best.-Nr. 1007034120
1 Blatt 2,30 €

Kartei-Nr. **M F R - P**

Patient
Name Vorname geb.

Mitglied
Name Vorname geb.

Anschrift
Straße Telefon
Postleitzahl Ort

Krankenkasse Mitglieds-Nr.

Beruf

Arbeitgeber Telefon

Anschrift Arbeitgeber
Straße Ort

Mitglieds-Nr. des Patienten:

Bemerkungen:

Spitta Verlag - 72336 Balingen - Tel.: 07433 952-0 - www.spitta.de
Adressaufkleber EDV weiß Art.-Nr. 20548 1007034240

Karteikarten-Aufkleber

Format: 200 x 280 mm
Farbe: weiß
pro Packung
50 Stück à 2 Aufkleber

Best.-Nr. 1007034240

1 OP 20,86 €

3 OP à 19,37 €

Passend für alle
gängigen Drucker

EDV-Anschriftenblatt

gemäß KVK, selbstklebend
Format: 90 x 52 mm
pro Packung 50 Stück
à 2 Aufkleber

Best.-Nr.

1007034220 weiß

1007034221 gelb

1007034222 blau

1007034223 grün

1007034224 rosa

1007034225 orange

1 OP 6,12 €

Behandlungszeiträume

für DIN-A5-Kartei
selbstklebend
Format: 130 x 80 mm
Farbe: nur in weiß
Block à 50 Stück

Best.-Nr. 1007034148

1 Block 9,74 €

BEHANDLUNGSZEITRÄUME

AOK LKK BKK BKK VdaK AEV Knappschaft

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragszeiträume: Vertragszeiträume-Nr. VK gültig bis Datum

Spitta Verlag - 72336 Balingen
Tel.: 07433 952-0 - www.spitta.de
EDV-Aufkleber Versichertenkarte weiss
Art.-Nr. 20588 1007034220

Kontoaufkleber

für DIN-A5-Kartei
und DIN-A4-Kartei
selbstklebend,
Format: 135 x 210 mm
Farbe: nur in weiß,
Block à 25 Aufkleber

Best.-Nr. 1007034156

1 OP 11,54 €

Kontoaufkleber

01-Befund

selbstklebend
Format: 34 x 70 mm,
Farbe: weiß
Block à 100 Stück

Best.-Nr. 1007034145

1 OP 8,00 €
5 OP à 7,38 €
10 OP à 6,77 €

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
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
Zst. ☐ Mu ☐	Datum

01-Befund/PSI

selbstklebend
Format 90 x 77 mm
Farbe: weiß
Block à 50 Stück

Best.-Nr. 1007034168

1 OP 8,48 €

01 Befund

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

Kürzel: mesial (m) distal (d) occlusal (o) lingual (l) vestibulär (v) cervical (c) incisal (i)

PSI Code

Indezahn markieren (Kinder 16, 11, 26, 36, 31, 46)

Datum	S1	S2	S3	S4	S5	S6

Code 0: keine Blutung, kein Zst/Plaque
Code 1: Blutung, kein Zst/Plaque
Code 2: Blutung, Zst/Plaque
Code 3: Sondierung 3,5 bis 5,5 mm
Code 4: Sondierung > 5,5 mm

Datum 01: Datum 01+PSI: ☐ Zst ☐ Mu ☐ empfohlene PZR

Spitta Verlag - 72336 Balingen - Tel.: 07433 952-0 - www.spitta.de Art.-Nr. 1007034168

PSI-Befund für Kinder

selbstklebend
Format: 85 x 36 mm
Farbe: weiß
Block à 25 Stück

Best.-Nr. 1007034165

1 Block 3,46 €

PSI-Befund für Kinder und Jugendliche

Indezähne: 16, 11, 26, 46, 31, 36

Code 0: keine Blutung, kein Zst/Plaque
Code 1: Blutung, kein Zst/Plaque
Code 2: Blutung, Zst/Plaque
Code 3: Sondierung 3,5 bis 5,5 mm
Code 4: Sondierung > 5,5 mm

Datum	16	11	26	46	31	36

Spitta Verlag - 72336 Balingen
PSI-Befund für Kinder
Art.-Nr. 1007034165

PSI-Befund

selbstklebend
Format: 34 x 72 mm
Farbe: weiß
Block à 50 Stück

Best.-Nr. 1007034157

1 Block 6,66 €
5 Blöcke à 5,73 €

SPITTA VERLAG - 72336 Balingen
PSI-Befundaufkleber
Art.-Nr. 020 558

Kinder 16, 11, 26, 36, 31, 46

Datum	S1	S2	S3	S4	S5	S6

Code 0: keine Blutung, kein Zst/Plaque
Code 1: Blutung, kein Zst/Plaque
Code 2: Blutung, Zst/Plaque
Code 3: Sondierung 3,5 bis 5,5 mm
Code 4: Sondierung > 5,5 mm

Zahnschema

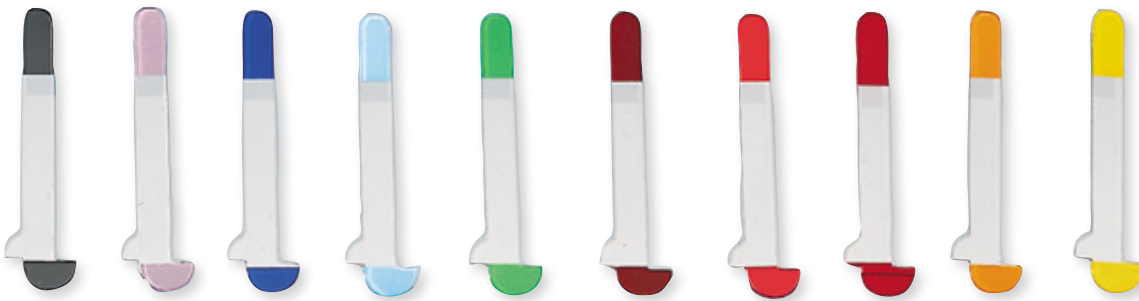
für DIN-A5-
und DIN-A4-Kartei
selbstklebend
Format: 65 x 208 mm
Farbe: weiß
Block à 25 Aufkleber

Best.-Nr. 1007034155

1 Block 11,57 €

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

R L



▲ Signalreiter extra stark

für DIN-A5- und DIN-A4-Kartei
Packung à 100 Stück

Best.-Nr.		Best.-Nr.	
1007014210	schwarz	1007014206	braun
1007014205	lila	1007014202	hellrot
1007014201	kornblau	1007014209	dunkelrot
1007014204	hellblau	1007014208	orange
1007014207	grün	1007014203	gelb

1 OP 9,11 €



◀ Schutzleiste

transparent, selbstklebend
für DIN-A5-Kartei
pro Blatt 8 Leisten

Best.-Nr. 1007034158

1 Blatt 3,31 €

SPITTA VERLAG
72334 Balingen - Telefon (07433) 952-0

Art.-Nr. 020 570

Mundhygienestatus

Oberkiefer

oral 1 facial 2

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

4 facial 3 oral

Unterkiefer

Datum	%

▲ Mundhygienestatus

selbstklebend
Format: 80 x 93 mm
Farbe: weiß
Block à 50 Aufkleber

Best.-Nr. 1007034152

1 Block 6,93 €

Spitta Verlag - 72336 Balingen
Tel.: 07433 952-0 - www.spitta.de
Art.-Nr. 20547 1007034147

01-Befund für Behandlungsplanung

Befund vor Beginn der Behandlung

R

V IV III II I I II III IV V L

am

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

◀ 01-Befund für Behandlungsplanung

selbstklebend
Format: 70 x 125 mm
Farbe: weiß
Block à 50 Aufkleber

Best.-Nr. 1007034147

1 Block 5,77 €

Aufkleber Par-Befund Art.-Nr. 20580 1007034153
Spitta Verlag · 72336 Balingen
Tel.: 07433 952-0 - www.spitta.de

Par-Befund zu GOZ 0010

Beläge		Vorherrsch. Sond.-Blutung	
0	wenig Plaque	0	keine
1	viel Plaque	1	verzögert
2	Zahnstein	2	spontan
3	Konkremente		

Gingiva		Vorherrsch. Zahnbewegl.	
0	o. B.	0	ZB 0
1	leicht ödem.	1	ZB Grad I
2	stark ödem.	2	ZB Grad II
3	Verlauf unterbrochen (Fissuren, Inkrust., Krater)	3	ZB Grad III

Vorherrsch. Sondiertiefe		Vorherrsch. klin. Diagnose	
0	bis zu 3 mm	0	parodontal gesund
1	4-5 mm	1	Gingivitis
2	≥ 6 mm	2	chronische Par
		3	aggressive Par

Zutreffendes bitte ankreuzen

PAR-Befund zur GOZ 0010

selbstklebend

Format: 72 x 68 mm

Farbe: weiß

Block à 50 Aufkleber

Best.-Nr. 1007034153

1 Block 5,19 €

Parodontalstatus

selbstklebend

Format: 98 x 152 mm

Farbe: weiß

Block à 50 Aufkleber

Best.-Nr. 1007034154

1 Block 11,57 €

Spitta Verlag · 72336 Balingen · Tel.: 07433 952-0 - www.spitta.de
Art.-Nr. 20546 1007034154
Parodontalstatus

Behandlung erfolgt:

Medikamente:

☐ Kopfschmerz	☐ Beläge	☐ Parafunktionen
☐ Schwindel	☐ Zahnfleischbluten	☐ Abrasion
☐ Ohrschmerz	☐ Zahnfleisch-Taschen	☐ Frühkontakte
☐ Schluckbeschwerden	☐ freil. Zahnhals	☐ Gleithindernisse

Erhebungsbogen PBI/API

DIN A4, einseitig bedruckt

Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024834

1 Block 9,25 €

Erhebungsbogen PBI/API

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

PBI (Papillen-Blutungs-Index)

rechts: links:

API (Approximalkaum-Plaque-Index)

rechts: links:

Gesamtbewertung

Index	PBI	API
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Spitta Verlag · 72336 Balingen · Tel.: 07433 952-0 - www.spitta.de · Erhebungsbogen PBI/API Art.-Nr. 20580 1007024834

Mundhygienestatus IP1

Format: DIN A5 quer

Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024835

1 Block 8,09 €

PLAQUE / PAPILLENBLUTUNG

rechts: links:

Patient/in: _____

Name: _____

Vorname: _____

	Datum	Plaque	Blutung
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Spitta Verlag · 72336 Balingen · Tel.: 07433 952-0 - www.spitta.de · Mundhygienestatus IP1 Art.-Nr. 20585 1007024835

Schutzhülle ▶

für DIN-A5-Kartei
2 Seiten offen
Format: 160 x 217 mm
Packung à 100 Stück
Best.-Nr. 1007014309
1 OP 44,16 €

Material: Weichfolie
Farbe: glasklar

Kartei-Nr. ☒ F ☒ R ☒ P

Patient: Klein, Herbert, 18.05.75
Vorname: jäh.
Mitglied: jäh.
Anschrift: Richard-Wagner-Str. 12, 70001 Stuttgart
Krankenkasse: A.O.K. Stuttgart
Beruf: Maurer
Arbeitgeber: Heinrich & Sohn
Anschrift Arbeitgeber: Karlstr. 50, 70001 Stuttgart
Mitglieds-Nr. des Patienten:
Bemerkungen:

BEHANDLUNGSZEITRÄUME

IV	1/11
III	1/13
II	1/14
V	1/15

◀ Schutzhülle

für DIN-A5-Kartei
1 Seite offen
Format: 175 x 223 mm
Packung à 100 Stück
Best.-Nr. 1007014308
1 OP 54,76 €

Material: Weichfolie
Farbe: glasklar

Kartei-Nr. ☒ M ☒ F ☒ R ☒ P

Patient: Huber, Richard, 04.04.51
Vorname: jäh.
Mitglied: jäh.
Anschrift: Krönerstr. 6, 70001 Stuttgart-West
Krankenkasse: Privat
Beruf: Rentner
Arbeitgeber:
Anschrift Arbeitgeber:
Mitglieds-Nr. des Patienten:
Bemerkungen:

BEHANDLUNGSZEITRÄUME

04.01.00	15.01.00
02.02.00	03.02.00
15.04.00	29.04.00
02.05.00	19.05.00
28.05.00	18.06.00

DMF- Befundaufkleber ▶

selbstklebend,
Format: 45 x 90 mm,
Farbe: weiß
Block à 100 Blatt
1007034141
1 Block 8,09 €

Datum: Alter: Hohes Risiko: ☐ ja ☐ nein

7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7

6 - 9 J.
dmf/DMF (UT) = Z (Misch-Z/bleib. Z.)
kariös o. wg. Karies getöt. extrahiert
D (T) = bleib. Z. kariös

10 - 12 J.
DMF (S) = bleib. Z. kariös o.
wg. Karies getöt. extrahiert
(Approx.-Glatflächen)

13 - 17 J.
D (S) = bleib. Z. kariös
(Approx.-Glatflächen)

Karies-Läsionen

6 - 7 J.: dmf/DMF (UT) > 5 oder D (T) > 0
8 - 9 J.: dmf/DMF (UT) > 7 oder D (T) > 2
10 - 12 J.: DMF (S) > 0
13 - 17 J.: D (S) > 0 u./o. > 2 kariöse Läsionen

SPITTA VERLAG - 72336 Balingen
DMF-Befundaufkleber - Art.-Nr. 20525 1007034141

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

◀ Anschriftenblatt gemäß KVK

selbstklebend,
Format: 90 x 52 mm,
Farbe: weiß

Blatt à 10 Stück

1007034252

1 Blatt 1,83 €

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Krankenkasse						
Name des Versicherten/Versorgungsberechtigten			Vorname		geb. am	
Eheg./Kind/Sonst. Angeh.			Vorname		geb. am	
Arbeitgeber/Dienststelle/Rentner/BVG/Freiw.			Mitgl.-Nr.		Krankensch.-Nr.	
Wohnung des Patienten						
Personenkennziffer:						

◀ Anschriftenblatt Adrema

selbstklebend,
Format: 60 x 90 mm,
Farbe: weiß

Block à 50 Stück

1007034250

1 Block 4,61 €

Anschriftenblatt ▶ Kfo

selbstklebend,
Format: 95 x 148 mm,
Farbe: weiß

Block à 50 Stück

1007034255

1 Block 9,81 €

EDV-Nr.	Modell-Nr.	M F R - P
Patient:		
Name	Vorname	geb.
Mitglied:		
Name	Vorname	geb.
Anschrift:		
Straße		Teil.-Nr.
PLZ	Ort	
Krankenkasse:		
Geschäftsstelle		Mitglieds-Nr.
Beruf:		
Arbeitgeber:		

So geht Mitarbeiter- unterweisung heute

Der einfachste Weg,
alle Mitarbeiter
schnell & sicher zu
unterweisen.



DEUTSCHE

FACHPRESSE

**FACHMEDIUM
DES JAHRES 2020
GEWINNER**

Beste Website / Beste App



Lückenlose Dokumentation

Erfüllt alle rechtlichen
Anforderungen und schützt
vor Regressansprüchen.



Zeit & Aufwand sparen

entolia übernimmt die komplette
Organisation von Unterweisungen
am Arbeitsplatz.



Aktuell & komplett

Alle Unterweisungen auf
entoliaentsprechen zu 100%
den aktuellen Anforderungen.



Erinnerungsmanagement

Mit der Erinnerungsfunktion
werden Unterweisungstermine
nie mehr vergessen.



Ob großformatige oder kleine Röntgenaufnahmen:
Diese Röntgensammeltaschen sind problemlos in der
Spitta-System-Kartei® zu verwahren.

Röntgenkarteitasche ► Universal

Format: 182 x 305 mm

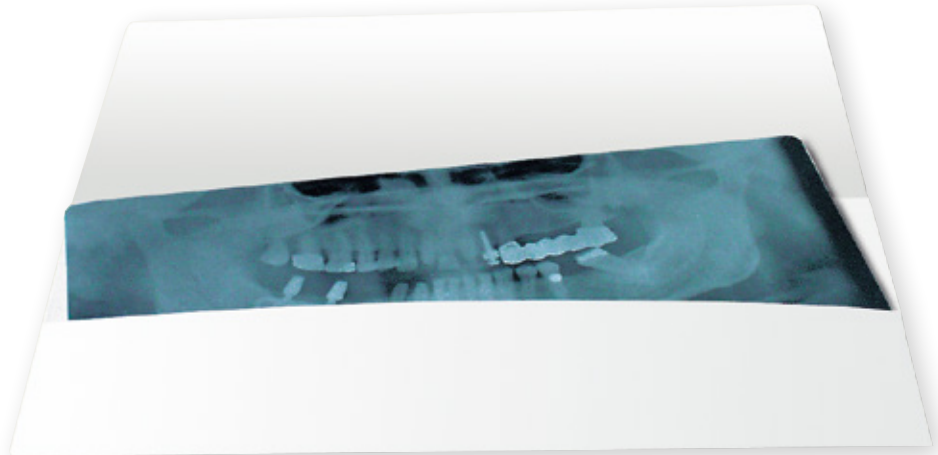
Farbe: weiß

Packung à 100 Taschen

Best.-Nr. 1007024204

1 OP 57,30 €

3 OP à 57,30 €



Röntgensichthülle ► Orthopantomograph

Format: 150 x 300 mm

nicht gelocht

Packung à 100 Stück

Best.-Nr. 1007024207

1 OP 59,69 €

3 OP à 56,11 €



Röntgensichthülle ► Orthopantomograph

Format: 150 x 300 mm

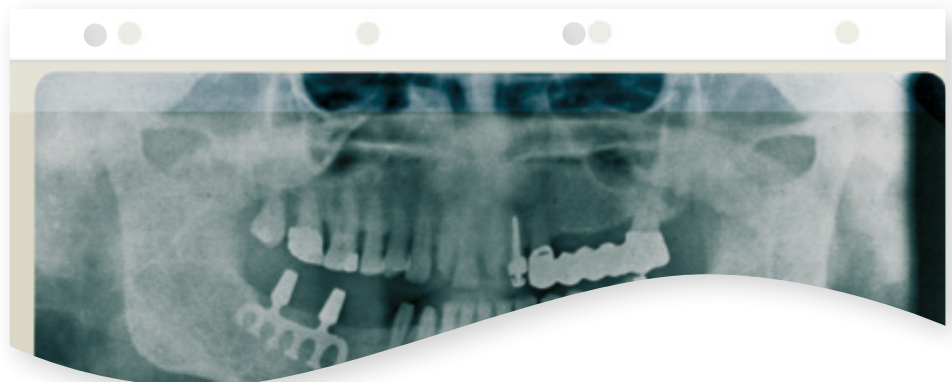
mit Abheftrand

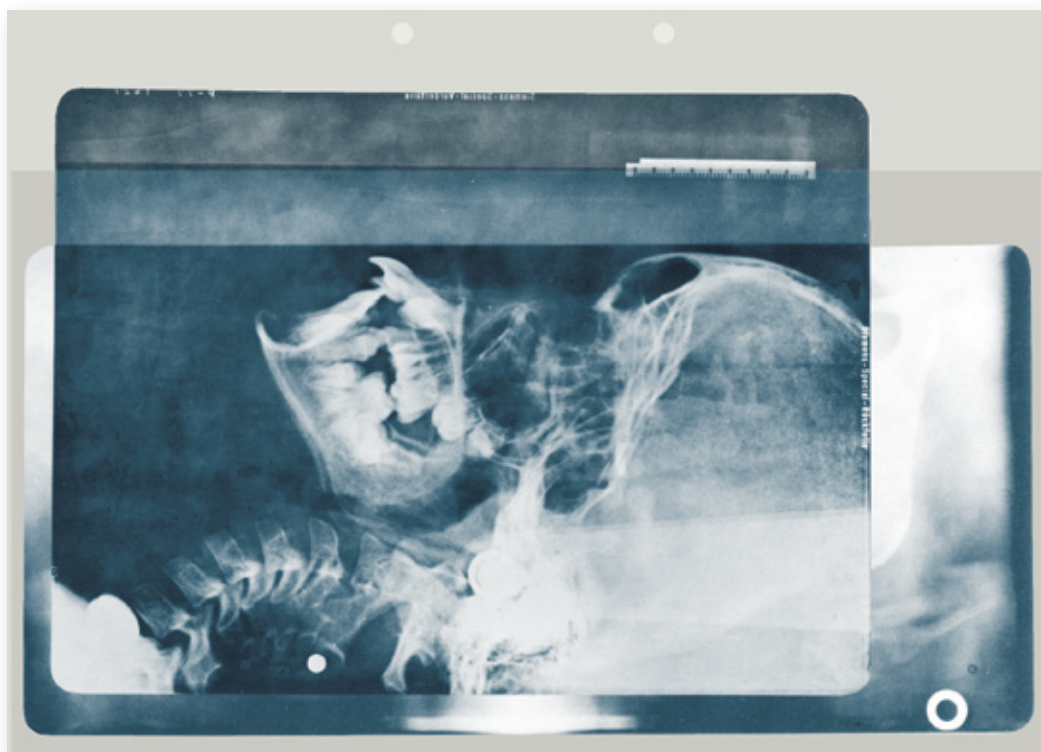
Packung à 100 Stück

Best.-Nr. 1007024209

1 OP 62,07 €

3 OP à 58,41 €





▲ Röntgen-Sammelhülle

Format: 211 x 297 mm mit Abheftlochung
Packung à 100 Stück

Best.-Nr. 1007024210

1 OP 71,81 €

3 OP à 64,50 €

Röntgen-Sammeltasche ▶

für 8 Aufnahmen
im Format bis 4 x 5 cm
mit Abheftlochung

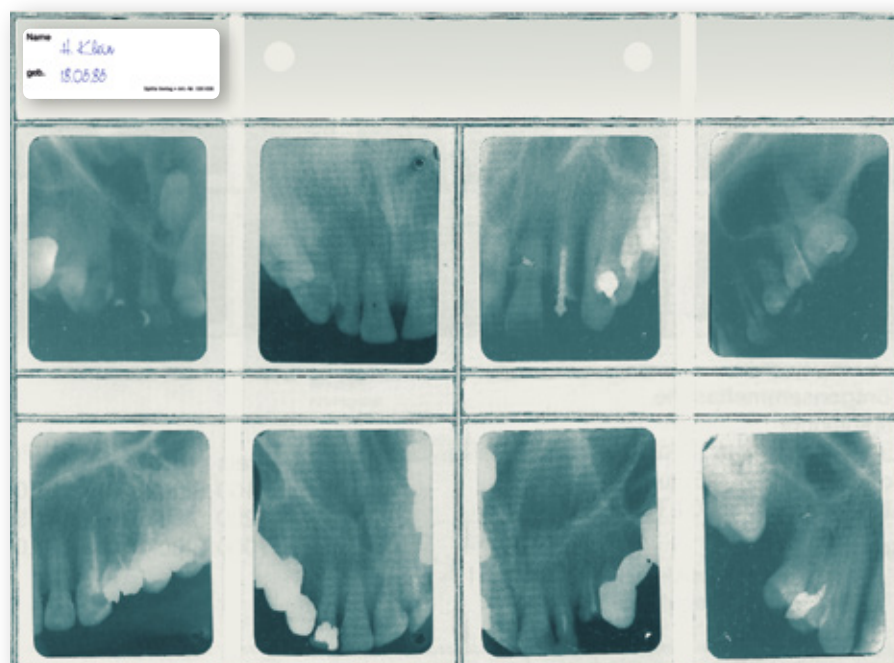
Format: DIN A5

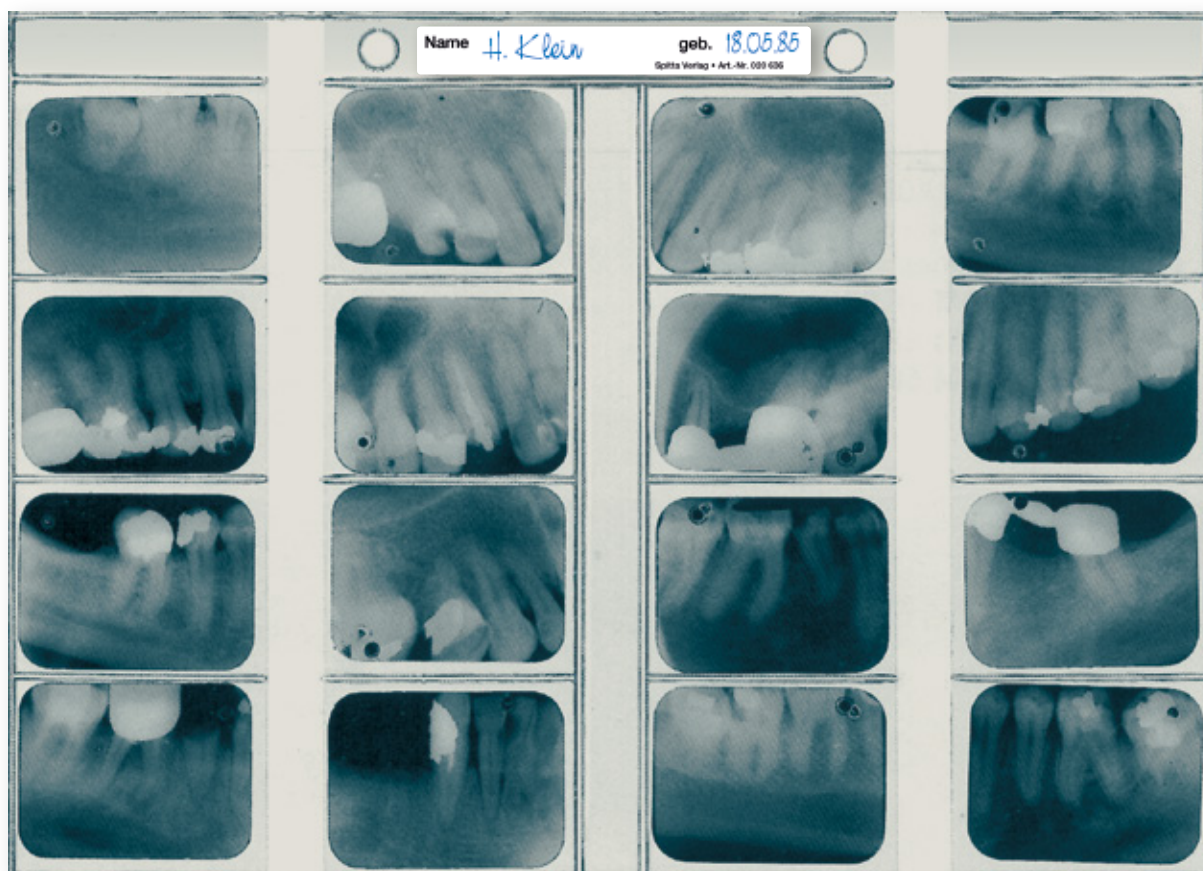
Packung à 100 Stück

Best.-Nr. 1007024211

1 OP 50,83 €

3 OP à 46,10 €





Röntgen-Sammeltasche (Sichthülle)

für 16-Aufnahmen-Status
für Filme bis 3 x 4 cm
Format: 148 x 206 mm
Packung à 100 Stück

Best.-Nr. 1007024214

1 OP 55,45 €

3 OP à 50,62 €

Datum	Zahn	Name

Spitta Verlag · 72336 Balingen
Art.-Nr. 020 630
1007024213

Röntgenfilmtütchen

aus Pergamin
Format: 65 x 100 mm
Packung à 100 Stück

Best.-Nr. 1007024213

1 OP 8,26 €

3 OP à 7,63 €

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	Sch	St	T	U	V	W	X	Y	Z
RöCard Spitta Verlag · Tel. 07433 952-0 · Art.-Nr. 020 640 1 Abdeckung entfernen 2 Film einlegen und andrücken 3 Feld beschriften							Name des Patienten Vorname geb. am Name des Versicherten Vorname geb. am Anschrift des Patienten Telefon-Nr. Krankenkasse (M) (F) (R) (P) Mitglieds-Nummer														1 Abdeckung entfernen 2 Film einlegen und andrücken 3 Feld beschriften						
A							A														A						
A							A														A						
A							A														A						
A							A														A						
A							A														A						

◀ Röntgenarchivierung RöCard

DIN A5 / selbstklebend
für 14 Aufnahmen bis 3 x 4 cm
Packung à 100 Stück

Best.-Nr. 1007024215

1 OP 60,84 €

3 OP à 56,79 €

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	Sch	St	T	U	V	W	X	Y	Z												
Name/Vorname/Anschrift										V										Bemerkungen																			
RöCard Spitta Verlag · Tel. 07433 952-0 · Art.-Nr. 020 641 1 Abdeckung entfernen 2 Film einlegen und andrücken 3 Feld beschriften										1 Abdeckung entfernen 2 Film einlegen und andrücken 3 Feld beschriften										1 Abdeckung entfernen 2 Film einlegen und andrücken 3 Feld beschriften																			
A										A										A																			
A										A										A																			
A										A										A																			
A										A										A																			
A										A										A																			

◀ Röntgenarchivierung RöCard

DIN A6 / selbstklebend
6 Felder für Röntgen-
Aufnahmen bis 3 x 4 cm
Packung à 100 Stück

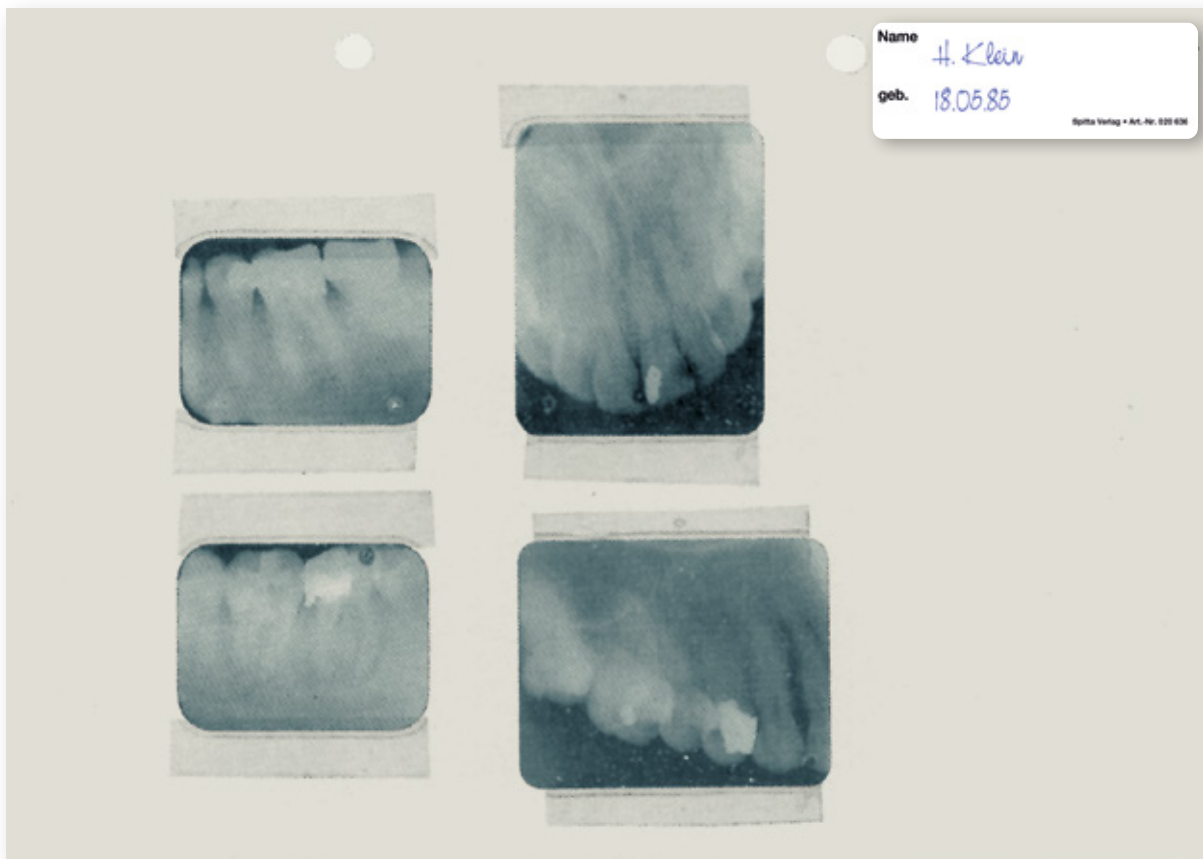
Best.-Nr. 1007024216

1 OP 35,94 €

3 OP à 32,45 €

Die RöCard ist perfekt für die Archivierung von Röntgenaufnahmen und bietet Platz für bis zu 14 bzw. 6 Aufnahmen.

- ✓ einfache Archivierung von Röntgenaufnahmen
- ✓ längere Haltbarkeit
- ✓ ausreichende Beschriftungsmöglichkeiten zur perfekten Dokumentation



Röntgenfolie

Format: DIN A5
mit Abheftlochung
Packung à 100 Stück

Best.-Nr. 1007024206

1 OP 25,54 €

3 OP à 23,11 €

Spitta Verlag · 72336 Balingen
Tel.: 07433 952-0
Art.-Nr. 20516 1007024202

1. Sind Sie in den letzten Monaten im Kopf/Kieferbereich geröntgt worden?
ja ☐ nein ☐
2. Für weibliche Patienten: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?
ja ☐ nein ☐
3. Besitzen/Wünschen Sie einen Röntgenpass?
ja ☐ nein ☐

Datum

Unterschrift

Röntgenaufkleber BLZK

Format: 54 x 78 mm,
Druck rot
Block à 50 Aufkleber

Best.-Nr. 1007024202

1 Block 4,60 €



▶ Aufkleber für Sichthüllen

Format: 60 x 19 mm

pro Packung

42 Aufkleber

Best.-Nr. 1007034127

1 OP 1,14 €

Für diese Sichthüllen geeignet:

1007024211

1007024212

Stift für Röntgen- Sichtfolie ▼

Farbe: weiß

1 Stück

1007024219

1 OP 6,35 €



4 Faserschreiber im Etui ▶

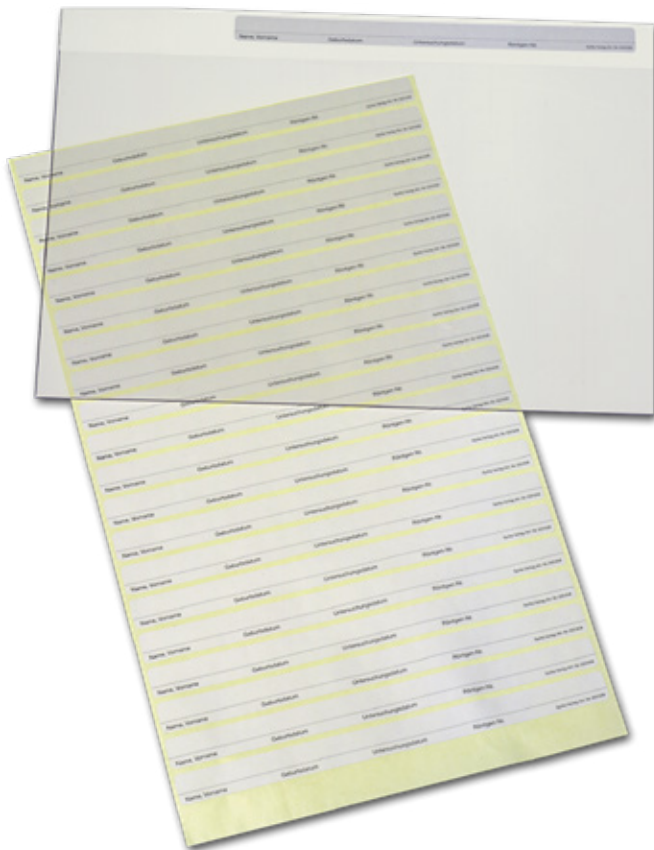
Farbe: rot, grün, blau, schwarz

1 Etui

1007024218

1 OP 6,35 €





▲ Aufkleber für Sichthüllen

Format: 161 x 12 mm
pro Packung 21 Stück

Best.-Nr. 1007034125

1 OP 1,14 €

Für diese Sichthüllen geeignet:

1007024207

1007024208

1007024210

▼ Überlassung der Röntgenaufnahmen

Format: DIN A5

Farbe: weiß

Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024809

1 Block 10,03 €

3 Blöcke à 8,85 €

Überlassung der Röntgenaufnahmen	
_____ _____ _____ _____ _____ Name, Anschrift	☐ Einzelzahnahmen vom: _____ regio _____ ☐ Bissflügel vom: _____ regio _____ ☐ Panoramasaufnahme vom: _____ ☐ Schädelaufnahme vom: _____ ☐ Sonstige Aufnahme vom: _____ Anzahl, Art und regio der Röntgenaufnahmen
Ich wurde darüber aufgeklärt, dass es sich um eine vorübergehende Überlassung der o. g. ausgehändigten Röntgenaufnahmen handelt. Röntgenaufnahmen müssen lt. § 28, Abs. 4 der Röntgenverordnung aufbewahrt werden und sind Eigentum der Zahnarztpraxis. Die Überlassung an Dritte kann daher nur leihweise erfolgen. Für die Zeit der Überlassung ist der jeweilige Besitzer für die Röntgenaufnahmen verantwortlich.	
☐ Bitte geben Sie die Röntgenaufnahmen wieder an uns zurück.	☐ Die Röntgenaufnahmen wurden zum Verbleib mitgegeben.
_____ Praxisstempel	_____ Datum, Unterschrift des Patienten
Spitta Verlag - 72336 Balingen - Tel.: 07433 952-0 - www.spitta.de Art.-Nr. 20163 1007024809	

Praxisnahe Fort- und Weiterbildung

Vor Ort oder digital. Lernen, ganz wie Sie möchten!

www.spitta-akademie.de



Ihr starker Partner für Fort- und Weiterbildung
zahnmedizinischer und zahntechnischer Fachkräfte

Blatt Nr. _____					
Name		Vorname		geb.	
Krankenkasse					
Datum	Zahn Gebiet	Behandlung	An-zahl	Bema-Nr.	Bemerkung

Krankenblatt B1

für DIN-A5-Kartei, (206 x 295 mm),
kopfgelocht, Block à 100 Blatt
Farbe: nur in weiß lieferbar

Best.-Nr. 1007024160

1 Block 7,42 €
5 Blöcke à 6,80 €
10 Blöcke à 6,18 €

für DIN-A4-Kartei, (206 x 295 mm)
seitlich gelocht, Block à 100 Blatt
Farbe: nur in weiß lieferbar

Best.-Nr. 1007024170

1 Block 7,27 €
5 Blöcke à 6,67 €
10 Blöcke à 6,06 €

Blatt Nr. _____								
Name		Vorname		geb.		Krankenkasse		
Jahr	Datum	Zahn	Behandlung	An-zahl	Bema-Nr.	Kr.-Kasse Anteil	Privat Anteil	

Krankenblatt B2

für DIN-A5-Kartei, (206 x 295 mm)
kopfgelocht, Block à 100 Blatt

Best.-Nr.

1007024130 weiß
1007024131 gelb
1007024133 grün
1007024134 rosa

1 Block 7,42 €
5 Blöcke à 6,80 €
10 Blöcke à 6,18 €

Blatt Nr. _____													
Name		Vorname		geb.		Krankenkasse							
Datum	Zahn	Behandlung	(Kr.-Kasse Anteil)	(Privat Anteil)	An-zahl	Bema Nr.	Datum	Zahn	Behandlung	(Kr.-Kasse Anteil)	(Privat Anteil)	An-zahl	Bema Nr.

Krankenblatt C2

für DIN-A5-Kartei, (206 x 295 mm)
kopfgelocht, Block à 100 Blatt
Farbe: nur in weiß lieferbar

Best.-Nr. 1007024140

1 Block 7,42 €
5 Blöcke à 6,80 €
10 Blöcke à 6,18 €

Blatt Nr. _____											
Name		Vorname		geb.		Krankenkasse					
Datum	Zahn	Leistungs-abkürzung	Bemerkungen	Datum	Zahn	Leistungs-abkürzung	Bemerkungen	Raum für zusätzliche Karteivermerke			

Krankenblatt E

für DIN-A5-Kartei, (206 x 295 mm)
kopfgelocht, Block à 100 Blatt
Farbe: nur in weiß lieferbar

Best.-Nr. 1007024157

1 Block 7,42 €
5 Blöcke à 6,80 €
10 Blöcke à 6,18 €

Krankenblatt F

für DIN-A5-Kartei
(206 x 295 mm)
kopfgelocht
Block à 100 Blatt
Farbe: nur in weiß lieferbar

Best.-Nr. 1007024162

1 Block 7,42 €
5 Blöcke à 6,80 €
10 Blöcke à 6,18 €

Blatt-Nr. _____

Name _____ Vorname _____ geb. _____ Krankenkasse _____

Zahnschema

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Röntgenbild

Za.	Befund	ZA	Befund

Jahr _____ Datum _____ Zahn _____ Behandlung _____

Jahr _____ Datum _____ Zahn _____

Krankenblatt M

für DIN-A5-Kartei
(206 x 295 mm)
kopfgelocht
Block à 100 Blatt
Farbe: nur in weiß lieferbar

Best.-Nr. 1007024156

1 Block 7,42 €
5 Blöcke à 6,80 €
10 Blöcke à 6,18 €

Blatt Nr. _____

Name _____ Vorname _____ geb. _____ Krankenkasse _____

Krankenblatt M1

für DIN-A5-Kartei (206 x 295 mm)
kopfgelocht, Block à 100 Blatt
Best.-Nr.

1007024110 weiß
1007024111 gelb
1007024112 blau
1007024113 grün
1007024114 rosa
1007024115 orange

1 Block 7,42 €
5 Blöcke à 6,80 €
10 Blöcke à 6,18 €

Blatt Nr. _____

Name _____ Vorname _____ geb. _____ Krankenkasse _____

Jahr	Datum	

für DIN-A4-Kartei (206 x 295 mm)
seitlich gelocht, Block à 100 Blatt
Farbe: nur in weiß lieferbar

Best.-Nr. 1007024168

1 Block 7,42 €
5 Blöcke à 6,80 €
10 Blöcke à 6,18 €

Name				Vorname				geb.				Krankenkasse			
Datum				Zahn				Leistung				Bemerkungen			

Krankenblatt N

für DIN-A5-Kartei (206 x 295 mm)
kopfgelocht, Block à 100 Blatt

Farbe: nur in weiß lieferbar

Best.-Nr. 1007024158

1 Block 7,42 €

5 Blöcke à 6,80 €

10 Blöcke à 6,18 €

für DIN-A4-Kartei (206 x 295 mm)
seitlich gelocht, Block à 100 Blatt

Farbe: nur in weiß lieferbar

Best.-Nr. 1007024167

1 Block 7,42 €

5 Blöcke à 6,80 €

10 Blöcke à 6,18 €

Name				Vorname				geb.				Krankenkasse							
Datum		Zahn		Behandlung		Bema/GOZ/GOÄ		Anzahl		Datum		Zahn		Behandlung		Bema/GOZ/GOÄ		Anzahl	

Krankenblatt C

für DIN-A5-Kartei, (206 x 295 mm)
kopfgelocht, Block à 100 Blatt

Best.-Nr.

1007024100 weiß

1007024101 gelb

1007024102 blau

1007024104 rosa

1 Block 7,42 €

5 Blöcke à 6,80 €

10 Blöcke à 6,18 €

Name				Vorname				geb.				Krankenkasse			
Jahr		Datum		Zahn		Behandlung		Anzahl		Bema/GOZ/GOÄ		Bemerkungen			

Krankenblatt B

für DIN-A5-Kartei (206 x 295 mm)
kopfgelocht

Block à 100 Blatt

Best.-Nr.

1007024120 weiß

1007024121 gelb

1007024122 blau

1007024123 grün

1007024124 rosa

1007024125 orange

1 Block 7,42 €

5 Blöcke à 6,80 €

10 Blöcke à 6,18 €

für DIN-A4-Kartei (206 x 295 mm)

seitlich gelocht, Block à 100 Blatt

Farbe: nur in weiß lieferbar

Best.-Nr. 1007024165

1 Block 7,42 €

5 Blöcke à 6,80 €

10 Blöcke à 6,18 €

Name:				geb.:				Nr.:				Blatt:			
Datum		Zahn		Leistung		Anzahl		Nr./Pos.		x		Bemerkungen			

Krankenblatt U

für DIN-A5-Kartei
(206 x 295 mm)

kopfgelocht

Block à 100 Blatt

Farbe: nur in weiß lieferbar

Best.-Nr. 1007024159

1 Block 7,42 €

5 Blöcke à 6,80 €

10 Blöcke à 6,18 €

Krankenblatt P

für DIN-A5-Kartei,
(206 x 295 mm)
kopfgelocht, Block à 100 Blatt
Farbe: nur in weiß lieferbar

Best.-Nr. 1007024155

1 Block 7,42 €
5 Blöcke à 6,80 €
10 Blöcke à 6,18 €

Blatt Nr. _____

Name		Vorname		geb.		Krankenkasse				
Jahr	Datum	Zahn	Behandlung	Anzahl	GOZ Nr.	GOZ Einzelsatz	Multigebiet	Summe	Gesamt-betrag	Diverses

Krankenblatt P1

für DIN-A5-Kartei (206 x 295 mm)
kopfgelocht
Block à 100 Blatt
Farbe: nur in weiß lieferbar

Best.-Nr. 1007024151

1 Block 7,42 €
5 Blöcke à 6,80 €
10 Blöcke à 6,18 €

Blatt Nr. _____

Name		Vorname		geb.		Krankenkasse			
Datum	Zahn Gebiet	Geb.-Nr.	Behandlung	GOZ-Einzelsatz	Mult.	Einzel-preis	Anzahl	Betrag	

für DIN-A4-Kartei (206 x 295 mm)
seitlich gelocht
Block à 100 Blatt
Farbe: nur in weiß lieferbar

Best.-Nr. 1007024169

1 Block 7,42 €
5 Blöcke à 6,80 €
10 Blöcke à 6,18 €

Blatt Nr. _____

Name		Vorname		geb.		Krankenkasse			
Datum	Zahn/Gebiet	Behandlung	Begründung	Mult.	Geb.-Nr.	Anzahl	Betrag	Mat.-Kosten	

Krankenblatt P2

für DIN-A5-Kartei
(206 x 295 mm)
kopfgelocht
Block à 100 Blatt
Farbe: nur in weiß lieferbar

Best.-Nr. 1007024161

1 Block 7,42 €
5 Blöcke à 6,80 €
10 Blöcke à 6,18 €

Blatt Nr. _____

Name		Vorname		geb.		Krankenkasse			
Datum	Zahn/Gebiet	Behandlung	Begründung	Mult.	Geb.-Nr.	Anzahl	Betrag	Mat.-Kosten	

Individuelle Krankenblätter nach Ihren Wünschen gestalten Sie einfach und schnell auf den Seiten 52–53

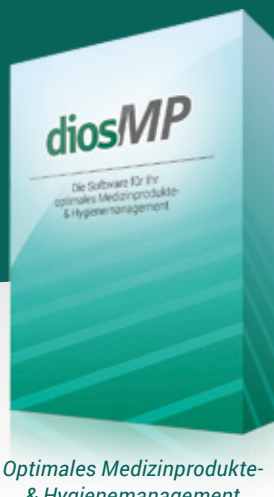
Krankenblatt nach Maß ...

Profitieren Sie von der **optimalen Software** für jeden Praxisbereich!

Informieren Sie sich jetzt!



Die ideale Praxis-
verwaltungssoftware



Optimales Medizinprodukte-
& Hygienemanagement



Dokumenten- &
Qualitätsmanagement

- ✓ Intuitive Praxis-Lösungen
- ✓ Aktualitätsgarantie
- ✓ Top Preis-Leistungs-Verhältnis
- ✓ Vielseitiges Schulungsangebot
- ✓ Ausgezeichneter Service & Support
- ✓ Höchste Kundenorientierung
- ✓ 30 Jahre Expertise

Wir beraten Sie gerne!



02864 - 9492 0



beratung@dios.de



www.dios.de

Anmeldung mit Anamnese

Patient: Vorname: _____ Name: _____ Geb.-Datum/Ort: _____
 Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 Beruf: _____
 Versicherung: ☐ gesetzliche ☐ private
 Krankenkasse: ☐ Krankenkasse ☐ Krankenkasse
 Zusatzversicherung: ☐ Zusatzversicherung ☐ Zusatzversicherung
 Kostenersatzungsleistungen: ☐ Kostenersatzungsleistungen ☐ Kostenersatzungsleistungen
 Verschärfter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben):
 Vorname: _____ Name: _____ Geb.-Datum/Ort: _____
 Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 Beruf: _____
 Versicherungen: ☐ gesetzliche ☐ private
 Krankenkasse: ☐ Krankenkasse ☐ Krankenkasse
 Zusatzversicherung: ☐ Zusatzversicherung ☐ Zusatzversicherung
 Kostenersatzungsleistungen: ☐ Kostenersatzungsleistungen ☐ Kostenersatzungsleistungen
 Verschärfter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben):
 Vorname: _____ Name: _____ Geb.-Datum/Ort: _____
 Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 Beruf: _____
 Versicherungen: ☐ gesetzliche ☐ private
 Krankenkasse: ☐ Krankenkasse ☐ Krankenkasse
 Zusatzversicherung: ☐ Zusatzversicherung ☐ Zusatzversicherung
 Kostenersatzungsleistungen: ☐ Kostenersatzungsleistungen ☐ Kostenersatzungsleistungen

Anmeldung mit Anamnese mit 01-Befund inkl. Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Format: DIN A4, zweiseitig
 Farbe: weiß, Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024503

1 Block 10,93 €
 5 Blöcke à 9,72 €

Anmeldeformular mit Anamnese

Patient: Vorname: _____ Name: _____ Geb.-Datum/Ort: _____
 Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 Beruf: _____
 Versicherung: ☐ gesetzliche ☐ private
 Krankenkasse: ☐ Krankenkasse ☐ Krankenkasse
 Zusatzversicherung: ☐ Zusatzversicherung ☐ Zusatzversicherung
 Kostenersatzungsleistungen: ☐ Kostenersatzungsleistungen ☐ Kostenersatzungsleistungen
 Verschärfter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben):
 Vorname: _____ Name: _____ Geb.-Datum/Ort: _____
 Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 Beruf: _____
 Versicherungen: ☐ gesetzliche ☐ private
 Krankenkasse: ☐ Krankenkasse ☐ Krankenkasse
 Zusatzversicherung: ☐ Zusatzversicherung ☐ Zusatzversicherung
 Kostenersatzungsleistungen: ☐ Kostenersatzungsleistungen ☐ Kostenersatzungsleistungen

Anmeldung mit Anamnese (zum Ankreuzen) inkl. Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Format: DIN A4, zweiseitig
 Farbe: weiß, Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024506

1 Block 10,93 €
 5 Blöcke à 9,72 €

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Nachfolgende Erkrankungen können Krankheiten und die zugehörige Behandlung haben. Bitte kreuzen Sie bei diesen Erkrankungen an, ob Sie diese bei Ihnen festgestellt haben. Bitte kreuzen Sie, falls diese zum Teil gesetzlich vorgegebenen Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, Sie können ausschließlich dann, wenn Sie eine schriftliche Einwilligung erteilen.

Ihre Angaben werden von uns nur gegebenenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den sonstigen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: Vorname: _____ Name: _____ Geb.-Datum/Ort: _____
 Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 Beruf: _____
 Versicherung: ☐ gesetzliche ☐ private
 Krankenkasse: ☐ Krankenkasse ☐ Krankenkasse
 Zusatzversicherung: ☐ Zusatzversicherung ☐ Zusatzversicherung
 Kostenersatzungsleistungen: ☐ Kostenersatzungsleistungen ☐ Kostenersatzungsleistungen
 Verschärfter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben):
 Vorname: _____ Name: _____ Geb.-Datum/Ort: _____
 Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 Beruf: _____
 Versicherungen: ☐ gesetzliche ☐ private
 Krankenkasse: ☐ Krankenkasse ☐ Krankenkasse
 Zusatzversicherung: ☐ Zusatzversicherung ☐ Zusatzversicherung
 Kostenersatzungsleistungen: ☐ Kostenersatzungsleistungen ☐ Kostenersatzungsleistungen

Anmeldung mit Anamnese (vorhandene Erkrankungen)

Format: DIN A4, zweiseitig
 Farbe: weiß, Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024504

1 Block 10,93 €
 5 Blöcke à 9,72 €

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Nachfolgende Erkrankungen können Krankheiten und die zugehörige Behandlung haben. Bitte kreuzen Sie bei diesen Erkrankungen an, ob Sie diese bei Ihnen festgestellt haben. Bitte kreuzen Sie, falls diese zum Teil gesetzlich vorgegebenen Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, Sie können ausschließlich dann, wenn Sie eine schriftliche Einwilligung erteilen.

Ihre Angaben werden von uns nur gegebenenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den sonstigen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: Vorname: _____ Name: _____ Geb.-Datum/Ort: _____
 Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 Beruf: _____
 Versicherung: ☐ gesetzliche ☐ private
 Krankenkasse: ☐ Krankenkasse ☐ Krankenkasse
 Zusatzversicherung: ☐ Zusatzversicherung ☐ Zusatzversicherung
 Kostenersatzungsleistungen: ☐ Kostenersatzungsleistungen ☐ Kostenersatzungsleistungen
 Verschärfter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben):
 Vorname: _____ Name: _____ Geb.-Datum/Ort: _____
 Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 Beruf: _____
 Versicherungen: ☐ gesetzliche ☐ private
 Krankenkasse: ☐ Krankenkasse ☐ Krankenkasse
 Zusatzversicherung: ☐ Zusatzversicherung ☐ Zusatzversicherung
 Kostenersatzungsleistungen: ☐ Kostenersatzungsleistungen ☐ Kostenersatzungsleistungen

Anmeldung mit Anamnese inkl. Covidabfrage DIN A4

Format: DIN A4
 Farbe: weiß, Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024514

1 Block 10,94 €
 5 Blöcke à 9,72 €

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben

Patient: Vorname: _____ Name: _____ Geb.-Datum/Ort: _____
 Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 Beruf: _____
 Versicherung: ☐ gesetzliche ☐ private
 Krankenkasse: ☐ Krankenkasse ☐ Krankenkasse
 Zusatzversicherung: ☐ Zusatzversicherung ☐ Zusatzversicherung
 Kostenersatzungsleistungen: ☐ Kostenersatzungsleistungen ☐ Kostenersatzungsleistungen
 Verschärfter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben):
 Vorname: _____ Name: _____ Geb.-Datum/Ort: _____
 Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 Beruf: _____
 Versicherungen: ☐ gesetzliche ☐ private
 Krankenkasse: ☐ Krankenkasse ☐ Krankenkasse
 Zusatzversicherung: ☐ Zusatzversicherung ☐ Zusatzversicherung
 Kostenersatzungsleistungen: ☐ Kostenersatzungsleistungen ☐ Kostenersatzungsleistungen

Anmeldung mit Anamnese inkl. Covidabfrage DIN A5

Format: DIN A5
 Farbe: weiß, Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024513

1 Block 10,32 €
 5 Blöcke 9,10 €

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben!

Patient: Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Versicherungs-/Zahlungspflichtiger: Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Anschrift: Straße: _____ Postleitzahl/Ort: _____ E-Mail: _____
 Telefon privat: _____ mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkassenversicherung: ☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ Zusatzversicherungen ☐ Kostenerstattung
 Beruf: _____ Arbeitsgeber: _____
 *Angabe freiwillig

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Leiden Sie an:
 • akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herzern) ☐ ja ☐ nein
 • Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV, Aids, Chlamydia, Syphilis, Kribbeln usw.) ☐ ja ☐ nein
 • inneren Krankheiten (Diabetes mellitus usw.) ☐ ja ☐ nein
 • Überempfindlichkeit (Allergie) ☐ ja, gegen: _____
 Medikamente: _____
 Materialien: _____

• anderen Erkrankungen: _____
 Schwangerschaft: ☐ ja ☐ nein
 wenn ja - welcher Monat: _____
 Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (z.B. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen? ☐ ja ☐ nein
 Haben Medikamente bei Ihnen nicht gewirkt? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche? _____
 Sonstige Medikamente: ☐ ja ☐ nein
 Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein
 Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung: ☐ ja ☐ nein
 Röntgenaufnahmen vorhanden: ☐ ja ☐ nein
 Empfohlen/überwiesen durch: _____
 Ihre Angaben werden von uns gegebenenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Ort: Datum: _____ Unterschrift/Patient/Versicherungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter: _____
 Dr. Nr. 1007024501

Anmeldung mit Anamnese

Format: A5, zweifach, Farbe: weiß, Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024501

1 Block 10,32 €

5 Blöcke à 9,10 €

Neu in Behandlung tretende Patienten bitten wir um folgende Angaben (siehe in Druckbogen!)

Patient: Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Versicherungs-/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter: Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Anschrift: Straße: _____ Postleitzahl/Ort: _____ E-Mail: _____
 Telefon: _____ mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: ☐ gesetzliche Versicherung ☐ private Versicherung ☐ Zusatzversicherung ☐ Kostenerstattung
 Beruf: _____ Arbeitsgeber: _____
 *Angabe freiwillig

Für eine Behandlung benötigen wir folgende Angaben:

Leiden Sie an:
 • akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herzern) ☐ ja ☐ nein
 • Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV, Aids, Chlamydia, Syphilis, Kribbeln usw.) ☐ ja ☐ nein
 • inneren Krankheiten (Diabetes mellitus usw.) ☐ ja ☐ nein
 • Überempfindlichkeit (Allergie) ☐ ja, gegen: _____
 Medikamente: _____
 Materialien: _____

• anderen Erkrankungen: _____
 Schwangerschaft: ☐ ja ☐ nein
 wenn ja - welcher Monat: _____
 Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (z.B. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen? ☐ ja ☐ nein
 Haben Medikamente bei Ihnen nicht gewirkt? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche? _____
 Sonstige Medikamente: ☐ ja ☐ nein
 Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein
 Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung: ☐ ja ☐ nein
 Röntgenaufnahmen vorhanden: ☐ ja ☐ nein
 Empfohlen/überwiesen durch: _____
 Ihre Angaben werden von uns gegebenenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Ort: Datum: _____ Unterschrift/Patient/Versicherungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter: _____
 Dr. Nr. 1007024501

Anamnese inkl. Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Format: DIN A5 quer,

zweifach

Farbe: weiß,

Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024505

1 Block 10,32 €

5 Blöcke à 9,10 €

Anmeldung mit Anamnese

Format: A4, zweifach,

Farbe: orange,

Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024502

1 Block 10,93 €

5 Blöcke à 9,72 €

Anmeldeformular

Patient: Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Versicherungs-/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter: Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Anschrift: Straße: _____ Postleitzahl/Ort: _____ E-Mail: _____
 Telefon: _____ mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: ☐ gesetzliche Versicherung ☐ private Versicherung ☐ Zusatzversicherung ☐ Kostenerstattung
 Beruf: _____ Arbeitsgeber: _____
 *Angabe freiwillig

Gezundheitsfragen:

Leiden Sie an:
 • akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herzern) ☐ ja ☐ nein
 • Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV, Aids, Chlamydia, Syphilis, Kribbeln usw.) ☐ ja ☐ nein
 • inneren Krankheiten (Diabetes mellitus usw.) ☐ ja ☐ nein
 • Überempfindlichkeit (Allergie) ☐ ja, gegen: _____
 Medikamente: _____
 Materialien: _____

• anderen Erkrankungen: _____
 Schwangerschaft: ☐ ja ☐ nein
 wenn ja - welcher Monat: _____
 Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (z.B. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen? ☐ ja ☐ nein
 Haben Medikamente bei Ihnen nicht gewirkt? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche? _____
 Sonstige Medikamente: ☐ ja ☐ nein
 Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein
 Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung: ☐ ja ☐ nein
 Röntgenaufnahmen vorhanden: ☐ ja ☐ nein
 Empfohlen/überwiesen durch: _____
 Ihre Angaben werden von uns gegebenenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Ort: Datum: _____ Unterschrift/Patient/Versicherungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter: _____
 Dr. Nr. 1007024502

Anamnese

Patient: Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Versicherungs-/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter: Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Anschrift: Straße: _____ Postleitzahl/Ort: _____ E-Mail: _____
 Telefon: _____ mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: ☐ gesetzliche Versicherung ☐ private Versicherung ☐ Zusatzversicherung ☐ Kostenerstattung
 Beruf: _____ Arbeitsgeber: _____
 *Angabe freiwillig

Gezundheitsfragen:

Leiden Sie an:
 • akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herzern) ☐ ja ☐ nein
 • Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV, Aids, Chlamydia, Syphilis, Kribbeln usw.) ☐ ja ☐ nein
 • inneren Krankheiten (Diabetes mellitus usw.) ☐ ja ☐ nein
 • Überempfindlichkeit (Allergie) ☐ ja, gegen: _____
 Medikamente: _____
 Materialien: _____

• anderen Erkrankungen: _____
 Schwangerschaft: ☐ ja ☐ nein
 wenn ja - welcher Monat: _____
 Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (z.B. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen? ☐ ja ☐ nein
 Haben Medikamente bei Ihnen nicht gewirkt? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche? _____
 Sonstige Medikamente: ☐ ja ☐ nein
 Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein
 Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung: ☐ ja ☐ nein
 Röntgenaufnahmen vorhanden: ☐ ja ☐ nein
 Empfohlen/überwiesen durch: _____
 Ihre Angaben werden von uns gegebenenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Ort: Datum: _____ Unterschrift/Patient/Versicherungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter: _____
 Dr. Nr. 1007024505

Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Anmeldung

Patient: Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Versicherungs-/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter: Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Anschrift: Straße: _____ Postleitzahl/Ort: _____ E-Mail: _____
 Telefon: _____ mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: ☐ gesetzliche Versicherung ☐ private Versicherung ☐ Zusatzversicherung ☐ Kostenerstattung
 Beruf: _____ Arbeitsgeber: _____
 *Angabe freiwillig

Gezundheitsfragen:

Leiden Sie an:
 • akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herzern) ☐ ja ☐ nein
 • Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV, Aids, Chlamydia, Syphilis, Kribbeln usw.) ☐ ja ☐ nein
 • inneren Krankheiten (Diabetes mellitus usw.) ☐ ja ☐ nein
 • Überempfindlichkeit (Allergie) ☐ ja, gegen: _____
 Medikamente: _____
 Materialien: _____

• anderen Erkrankungen: _____
 Schwangerschaft: ☐ ja ☐ nein
 wenn ja - welcher Monat: _____
 Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (z.B. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen? ☐ ja ☐ nein
 Haben Medikamente bei Ihnen nicht gewirkt? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche? _____
 Sonstige Medikamente: ☐ ja ☐ nein
 Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein
 Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung: ☐ ja ☐ nein
 Röntgenaufnahmen vorhanden: ☐ ja ☐ nein
 Empfohlen/überwiesen durch: _____
 Ihre Angaben werden von uns gegebenenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Ort: Datum: _____ Unterschrift/Patient/Versicherungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter: _____
 Dr. Nr. 1007024502

Patienteneinwilligung zum Datenschutz in Deutsch und in Englisch

Format: DIN A4, Farbe: weiß,



deNscribe – Dokumentationsblock Oberkiefer

Abreibblock, DIN A5 quer, 50 Blatt je Block
Vorderseite: Zahnschema Oberkieferhälfte,
geeignet zum Skizzieren der Behandlung
Rückseite: Platz für Notizen
Preis: 5,30 €
Best.-Nr.: 1007024852

deNscribe – Dokumentationsblock Unterkiefer

Abreibblock, DIN A5 quer, 50 Blatt je Block
Vorderseite: Zahnschema Unterkieferhälfte,
geeignet zum Skizzieren der Behandlung
Rückseite: Platz für Notizen
Preis: 5,30 €
Best.-Nr.: 1007024853

Behandlungsplan (kons./chir.)

Format: DIN A6, Farbe: weiß,
Block à 100 Blatt
Best.-Nr. 1007024816
1 Block 8,34 €
5 Blöcke à 7,14 €

Behandlungsplanung		Datum:		
kons. / chir.		Bema: U/01	Zst	Mu
Patient:		GOZ: 0010	GOA: 1	
(5)	1	2	3	4
R	8	7	6	5
4	3	2	1	
(8)	1	2	3	4
L	8	7	6	5
4	3	2	1	
(7)	1	2	3	4
Sitzung	Was	Zeiteinheiten Termine		
1.				
nächste Sitzung nach Tagen				
2.				
nächste Sitzung nach Tagen				
3.				
nächste Sitzung nach Tagen				
4.				

Art.-Nr. 020 230 - 1007024816
© 2012 - Spitta Verlag - 72336 Balingen - Telefon 07433 952-0 - www.spitta.de

Behandlungsplan Zahnersatz

Format: DIN A5,
Farbe: weiß,
Block à 100 Blatt
Best.-Nr. 1007024814
1 Block 10,23 €
5 Blöcke à 9,62 €

Behandlungsplanung ZE		Behandlungsablauf	
Patient:	Datum:	Was	Zeiteinheiten Termine
TP		1.	
R		nächste Sitzung nach Tagen	
B		2.	
18	17	nächste Sitzung nach Tagen	
16	15	3.	
14	13	nächste Sitzung nach Tagen	
12	11	4.	
21	22	nächste Sitzung nach Tagen	
23	24	5.	
25	26		
27	28		
48	47		
46	45		
44	43		
42	41		
31	32		
33	34		
35	36		
37	38		
B			
R			
TP			
Planung OK:		Kosten	
Planung UK:		Kosten	

© 2009 - Spitta Verlag - 72336 Balingen - Telefon 07433 952-0 - www.spitta.de
B=Befund, R=Regelversorgung, TP=Therapieplanung

Laborzettel

Format: DIN A6
zweiseitig bedruckt
Farbe: weiß,
Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024818

1 Block 9,44 €
5 Blöcke à 8,25 €

Behandler		Patient	
T-Nr.	L-Nr.	Bezeichnung	Menge
		Arbeitsvorbereitung, Kasse	
001	0	Modell	
001	8	Modell bei Implantatversorgung	
002	1	Doublieren eines Modells	
002	2	Patzhalter einfügen	
002	3	Verwendung von Kunststoff	
002	4	Galvanisieren	
003	0	Set-up, je Segment	
005	1	Stapelmodell	
005	2	Einzelstumpmodell	
005	3	Modell nach Überdruck	
005	4	Set-up-Modell für Kio	
005	5	Fräsemodell	
006	0	Zahnkranz	
007	0	Zahnkranz sockeln	
011	1	Modellpaar trimmen	
011	2	Fixator	
012	0	Mittelwertartikulator	
012	8	Mittelwertartikulator b. Implantatversorg.	
013	0	Modellpaar sockeln	
020	1	Basis für Vorbesnahme	
020	2	Basis für Konstruktionsbiss	
021	1	Individualer Löffel	
021	2	Funktionslöffel	
021	3	Basis für Bissregistrierung	
021	4	Basis für Schürzstiftregistrierung	
021	5	Basis für Aufstellung	
021	6	Basis für Bissreg. b. Implantatversorgung	
021	8	Basis für Aufstellung b. Implantatversorg.	
022	0	Bisswail	
022	8	Bisswail bei Implantatversorgung	
023	0	Registrierplatte und -stift auf Basen	
024	0	Übertragungsschabe Kunststoff/Metall	
031	0	Provisorische Krone/Brückenglied	
032	0	Formteil	
		Arbeitsvorbereitung, privat	
		Arbeitsvorbereitung, privat (Fortsetzung)	
1113		Bisswail aus Kunststoff auf Basis	
1115		Registrierplatte und -stift auf Basen	
1121		Spezialbissplatte	
1304		Formteil für prov. Versorgung	
		Festsitzender ZE/Verbindungen, Kasse	
101	3	Wurzelschiffkappe	
102	1	Vollkrone Metall	
102	2	Teilkronen Metall	
102	3	Flügel für Adhäsivbrücke, je Flügel	
102	4	Krone für vestibuläre Verbindung	
102	6	Vollkrone Metall bei Implantatversorgung	
102	8	Krone f. vestib. Verbindung b. Implantat	
103	1	Vorbereiten Krone	
103	7	Krone/Brückenglied einarbeiten	
103	8	Stiftaufbau einarbeiten	
104	0	Modellation gießen	
105	0	Stiftaufbau	
110	0	Brückenglied	
120	0	Teleskopierende Krone	
120	1	Teleskopierende Primär- oder Seku	
133		Individuelles Geschiebe	
134	1	Konfektionsgeschiebe	
134	3	Konfektionsanker	
134	7	Primär-/Sekundär Konfektionsar	
134	8	Wiederbelastigen Sekundärteil	
136	0	Geführtes Lager	
137	0	Schubverteilungsarm	
150	0	Metalverbindung nach Brand	
150	0	Konditionierung, je Zahn/Flügel	
160	0	Vestibuläre Verbindung Kunststoff	
161	0	Zahnfleisch Kunststoff	
162	0	Vestibuläre Verbindung Keramik	
162	8	Vestib. Verbindung Keramik b. Implantat	
163	0	Zahnfleisch Keramik	
163	8	Zahnfleisch Keramik b. Implantatversorg.	
164	0	Vestibuläre Verbindung Komposit	
165	0	Zahnfleisch Komposit	
1131		Kunststoffaufbau	
1201		Brücke	

Bemerkungen:

Laborzettel O/A

Name des Patienten: _____ Telefon: _____

Eigenlabor: _____

Fremdlabor: _____

Datum: _____ Name: _____

Abdruck: _____

Zahnfarbe: _____

Bißprobe: _____

1. Anprobe: _____

2. Anprobe: _____

Fertigstellung: _____

bitte wenden!

Laborzettel Zahntechnik BEL/BEB

Format: DIN A4,
Farbe weiß
Block à 100 Blatt
Best.-Nr. 1007024848
1 Block 36,50 €

Technikzettel

Format: DIN A5,
Farbe: weiß
Block à 100 Blatt
Best.-Nr. 1007024817

1 Block 11,80 €
5 Blöcke à 10,62 €

Patient: _____ Praxis: _____

TP: _____

R: _____

B: _____

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

R: _____

R: _____

TP: _____

B = Befund, R = Regelversorgung, TP = Therapieplanung

Bemerkungen, sonstiger Befund und Begründung:

OK: _____

UK: _____

Vorbehandlungen:

Material:

☐ Ausgangsform

☐ Foto

☐ Planungsmodelle

☐ PA-Status

☐ Funktionsstatus

☐ Gesichtsbogen

Termin: _____

Technikzettel

Format: DIN A6,
Farbe: weiß
Block à 100 Blatt
Best.-Nr. 1007024808
1 Block 9,44 €
5 Blöcke à 8,25 €

Patient: _____ Nr.: _____

Name: _____

Kasse: _____ Zahnfarbe: _____

Rechnung nach ☐ BEL ☐ DEB

1. Probe _____

2. Probe _____

3. Probe _____

4. Probe _____

Fertigstellung: _____

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für Kassenpatienten

Format: DIN A4, Farbe: gelb
 Packung à 50 Blatt
 Best.-Nr. 1007024856
 1 Block 15,10 €

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für Privatpatienten

Format: DIN A4, Farbe: blau
 Packung à 50 Blatt
 Best.-Nr. 1007024858
 1 Block 15,10 €

Mehrzweckkarte

Format: DIN A6
 Farbe: weiß
 zweiseitig bedruckt
 Packung à 100 Karten
 Best.-Nr. 1007024821
 1 Block 13,24 €
 5 Blöcke à 12,03 €

Nächste Behandlung

Format: DIN A6, Farbe: weiß
Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024819

1 Block 8,26 €

5 Blöcke à 7,08 €

Sie sind zur nächsten Behandlung eingetragen für

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
1. Woche Unzeit						
2. Woche Unzeit						
3. Woche Unzeit						

Wichtige Mitteilung!
Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, daß für Sie keine (oder fast keine) Wartezeiten entstehen und daß wir in der für Sie reservierten Zeit voll auf und in Ruhe zu Ihrer Verfügung stehen. Das bedeutet aber auch, daß Sie – wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können – **spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da sonst die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden muß.**

Mit bestem Dank

SPITTA VERLAG • 72336 Balingen • Telefon (07433) 952-0 Art.-Nr. 620 248

Fehlende elektronische Gesundheitskarte

Format: DIN A6

zweiseitig bedruckt, Farbe: weiß

Packung à 100 Karten

Best.-Nr. 1007024813

1 Block 12,73 €, 5 Blöcke à 11,57 €

Erinnerung elektronische Gesundheitskarte

Sehr geehrte Frau _____,

Sehr geehrter Herr _____,

Sie haben bis heute leider immer noch nicht

☐ Ihre elektronische Gesundheitskarte

☐ die elektronische Gesundheitskarte Ihres Kindes _____

☐ die elektronischen Gesundheitskarten Ihrer Kinder _____

vorgelegt.

Bitte reichen Sie diese – innerhalb von 10 Tagen ab der ersten Behandlung im Quartal – nach, da wir die erbrachten Leistungen sonst privat in Rechnung stellen müssen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

© 2015 - Spitta Verlag - 72336 Balingen - Telefon (07433) 952-0 - www.spitta.de Art.-Nr. 620 218 1007024813

Praxisstempel: _____

Einwilligung

Ich erkläre, dass ich mit dem mir – meinem Sohn _____

meiner Tochter _____

vorgeschlagenen zahnärztlichen Eingriff

(genaue Beschreibung der Behandlung)

einverstanden bin und dass ich allen Maßnahmen zustimme, die sich bei der Ausführung dieses Eingriffes als notwendig erweisen. Über die Art und Bedeutung dieses Eingriffes und über seine möglichen Auswirkungen bin ich heute unterrichtet worden.

Unterschrift des Patienten/Einwilligungsberechtigten _____ Ort und Datum: _____

© 2011 - Spitta Verlag - 72336 Balingen - Telefon (07433) 952-0 - www.spitta.de Art.-Nr. 620 118 1007024807

Einwilligung

Format: DIN A6

Farbe: weiß

Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024807

1 Block 8,09 €

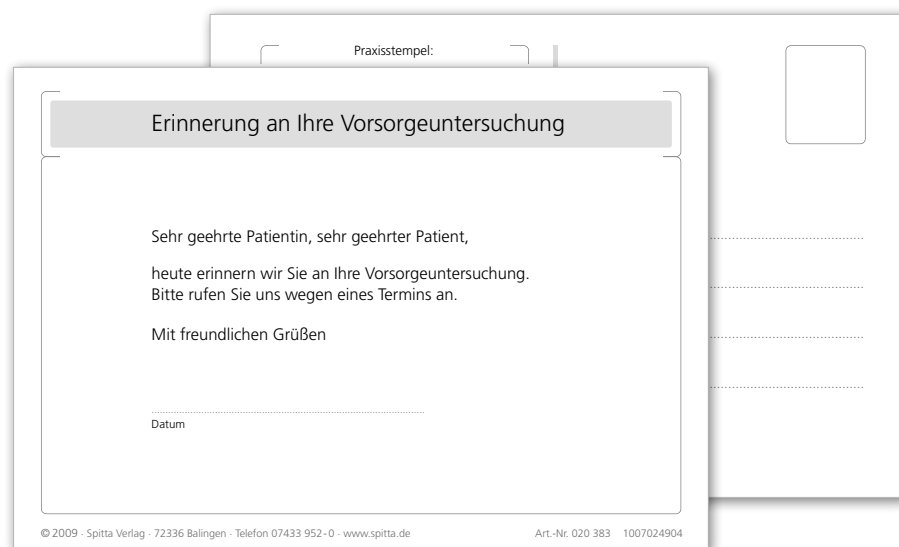


Spitta-Recall-Postkarte

Format: DIN A6,
zweiseitig bedruckt
Farbe: taubenblau,
Packung à 100 Karten

Best.-Nr. 1007024905

1 OP 11,57 €
5 OP à 10,42 €

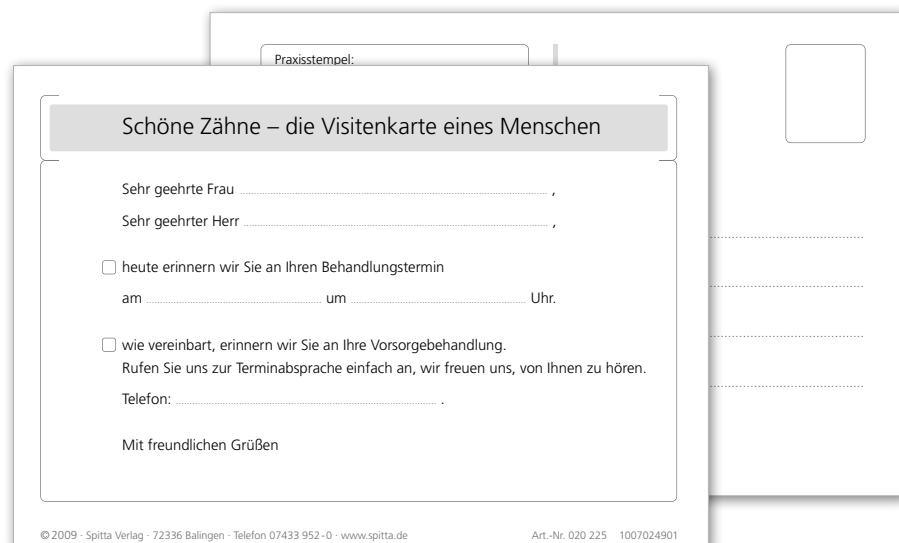


Erinnerung

Format: DIN A6
Farbe: weiß
zweiseitig bedruckt
Packung à 100 Karten

Best.-Nr. 1007024904

1 OP 12,73 €
5 OP à 11,57 €



Recall-Karte Erinnerung

Format: DIN A6
zweiseitig bedruckt
Farbe: weiß
Packung à 100 Karten

Best.-Nr. 1007024901

1 OP 12,73 €
5 OP à 11,57 €

▼ Abbildungen zu diesen Artikeln unter www.spitta.de/bueromaterial

Briefpapier 80 g

Format: DIN A4
1-fach, unbedruckt
Packung à 500 Blatt

Best.-Nr. 1007024602

1 OP 12,15 €

Briefpapier „Zahn“, 80 g

Format: DIN A4
Packung à 200 Blatt
1-fach, mit Wasserzeichen „Zahn“

Best.-Nr. 1007024604

1 OP 5,93 €

Briefpapiersätze

Format: DIN A4
2-fach, unbedruckt
letztes Blatt gelb
Packung à 500 Sätze

Best.-Nr. 1007024603

1 OP 96,22 €

2 OP à 86,94 €

Briefpapiersätze

Format: DIN A4
3-fach, unbedruckt
letztes Blatt blau
Packung à 500 Sätze

Best.-Nr. 1007024601

1 OP 156,51 €

2 OP à 140,86 €

Telefonnotiz

Format: DIN A5,
Farbe: weiß,
Druck: blau
Block à 100 Blatt

1007024801

1 Block 8,67 €

5 Blöcke à 8,09 €

Blankoblock

Format: DIN A6,
unbedruckt,
Farbe: weiß
Block à 100 Blatt

1007024841

1 Block 5,77 €

Briefhüllen DIN C6 für DIN A5

selbstklebend,
Packung à 1000 Stück

mit Fenster

unbedruckt

Best.-Nr. 1007024611

1 OP 32,44 €

mit Praxiseindruck

Best.-Nr. 1007094118

1 OP 161,17 €

ohne Fenster

unbedruckt

Best.-Nr. 1007024612

1 OP 30,12 €

mit Praxiseindruck

Best.-Nr. 1007094118

1 OP 161,17 €

Briefhüllen DIN lang für DIN A4

selbstklebend,
Packung à 1000 Stück

mit Fenster

unbedruckt

Best.-Nr. 1007024613

1 OP 39,40 €

mit Praxiseindruck

Best.-Nr. 1007094118

1 OP 161,17 €

ohne Fenster

unbedruckt

Best.-Nr. 1007024614

1 OP 35,92 €

mit Praxiseindruck

Best.-Nr. 1007094118

1 OP 161,17 €



30 Tage
kostenlos
testen!

Erhältlich für
iOS
Android

 **flowlist** *So läuft's in der Praxis*

Die einzigartige Checklisten-App für die Praxisorganisation

- ✓ Aufgaben schnell & fehlerfrei erledigen
- ✓ Praxisabläufe optimieren und Zeit sparen
- ✓ Checklisten downloaden, individualisieren & direkt verwenden
- ✓ Mitarbeiter ganz einfach in neue Arbeitsbereiche einlernen

➤ www.flowlist.de

 **medimondo**
medizinische Veranstaltungen weltweit

Finden Sie **einfach und schnell** die Fortbildungen, die zu Ihrem Praxis- oder Laborteam passen und **buchen** Sie diese direkt auf **medimondo.com**

Medimondo – **Fortbildungsveranstaltungen** zu allen relevanten zahnmedizinischen Fachgebieten

- ✓ Suchen und Buchen
- ✓ Umfangreiche Informationen
- ✓ Komfortabler Such-Agent

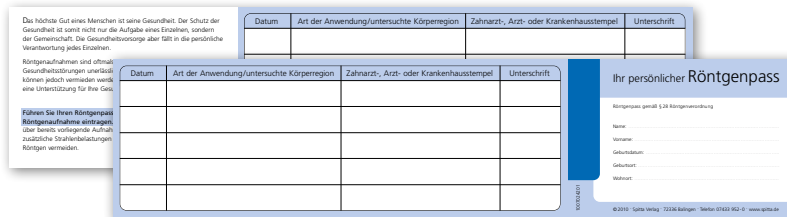


www.medimondo.com



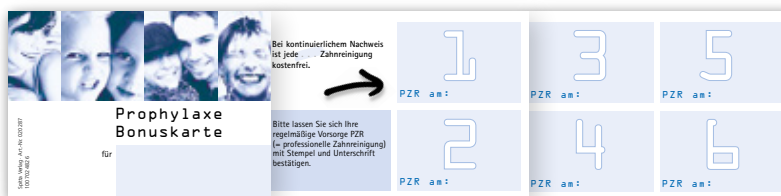
Bonusheft

Format: 7,5 x 10,5 cm
Wickelfalz, 2-farbig
24 Stempelfelder
Packung à 50 Stück
Best.-Nr. 1007024855
1 OP 26,95 €



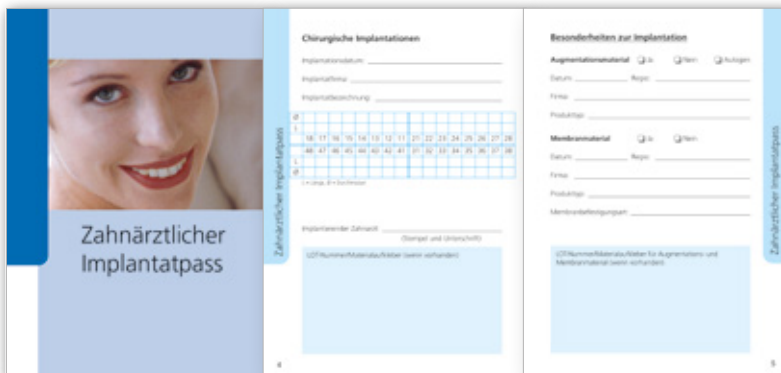
Röntgenpass

Format: DIN A7
Packung à 50 Stück
Best.-Nr. 1007024201
1 OP 12,29 €
3 OP à 11,06 €



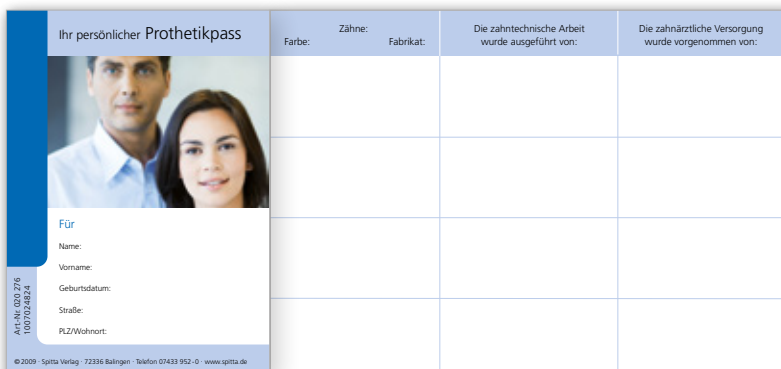
Prophylaxe-Bonuskarte

EC-Kartenformat
Wickelfalz, 2-farbig
10 Stempelfelder
Packung à 50 Stück
Best.-Nr. 1007024826
1 OP 11,57 €



Zahnärztlicher Implantatpass

Format: DIN A6
Packung à 25 Stück
Best.-Nr. 1007024839
1 OP 15,63 €



Prothetikpass

Format: 74 x 105 mm
Packung à 25 Stück
Best.-Nr. 1007024824
1 OP 15,05 €

5 verschiedene Patienteneinwilligungen in deutsch-arabisch

Format DIN A 4
gefalzt auf 10 x 21 cm
2-seitig, 2-farbig bedruckt
Packung à 25 Stück

Einwilligung „Extraktion“
(chirurgische Behandlung)
Best.-Nr. 1007024415*

Einwilligung „Füllungen“
(konservierende Behandlung)
Best.-Nr. 1007024416*

Einwilligung
„lokale Anästhesie“
Best.-Nr. 1007024417*

Einwilligung
„zahnärztliches Röntgen“
Best.-Nr. 1007024418*

Einwilligung
„zahnärztliche Behandlung“
Best.-Nr. 1007024419*

*1 OP 14,41 €

Zahnärztliche Aufklärungsformulare in deutsch-arabisch

6 x 25 Flyer, 1 Block, 1 Broschur
Format: Flyer: 10 x 21 cm,
Broschur: DIN A5, Block: DIN A4

Best.-Nr. 1007044113

1 Set 100,19 €

Rechtssichere Formulare und Informationen zu den
Notfall- und Schmerzbehandlungen bei Flüchtlingen
und Asylsuchenden

www.spitta.de/aufklaerungsformulare

Ihre Vorteile:

- Sie sind vorbereitet für die Aufklärung und Behandlung von asylsuchenden Patienten durch 125 Aufklärungsflyer in deutsch-arabisch zu den Notfall- und Schmerzbehandlungen.
- Sie schaffen Klarheit und Verständlichkeit für Ihre arabischsprachigen Patienten durch patientenverständliche Hinweise rund um die Behandlung in deutsch-arabisch.
- Sie sichern sich ab und gewinnen Informationsvorsprung durch Handlungsempfehlungen und Erläuterungen zu den Besonderheiten bei der Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden.

Patienteneinwilligungen

Rationelles Vorgehen

Hilfsmittel wie die abgebildeten Schemazeichnungen erleichtern Ihnen das Gespräch mit Ihren Patienten. Sie sparen kostbare Beratungszeit und berücksichtigen alles Wesentliche. Die für das Aufklärungsgespräch relevanten Punkte führt das Merkblatt für Sie auf. Eine Hilfe wird Ihnen auch der Verwendungshinweis sein. Dieser liegt jeder Sendung bei und gewährleistet die richtige Handhabung der Merkblätter im Patientengespräch.

Archivierung

Die Einwilligungserklärungen passen durch das handliche Format in alle gängigen Kartekarten und sind daher gut zu archivieren. So bleiben diese auch über Jahre hinweg für Sie griffbereit. Sie benötigen kein separates Aufbewahrungssystem.

Orientierung an der Praxis

Durch den renommierten Redakteur Herrn Dr. med. Dr. med. dent. Peter Ehrl, langjähriger praktizierender Zahnarzt und Oralchirurg, wird die inhaltliche Richtigkeit und die praxisorientierte Anwendung der Patienteneinwilligungen gewährleistet.

Patienteneinwilligungen

Format DIN A 4
gefalzt auf 10 x 21 cm
2-seitig, 2-farbig bedruckt
Packung à 50 Stück
1 OP 19,83 €

Erklärung des Patienten

Ich bestätige hiermit, dass ich über das Ziel und den Hergang des vorgesehenen ärztlichen Eingriffes informiert bin. Ich habe Gelegenheit, mich über wesentliche Beeinträchtigungen zu informieren, die durch Komplikationen bei der Durchführung oder auch schädliche und die bei Unterlassung der Behandlung auftreten können. Andere Behandlungsmöglichkeiten wurden besprochen. Wenn es im Falle eines unvorhergesehenen Befundes nach ärztlichem Ermessen notwendig erscheint, kann über den vorgeschlagenen Umfang des Eingriffes hinausgegangen werden, wenn eine weitführende Aufklärung während des Eingriffes nicht möglich ist und davon ausgegangen werden kann, dass ich einwilligt hätte.

☐ Ich wurde über die Kosten der Behandlung informiert.

Alle meine Fragen wurden beantwortet. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung widerrufen kann.

☐ Ich habe eine Kopie dieser Einwilligung erhalten.

☐ Ich möchte die mir angebotene Kopie dieser Einwilligung nicht entgegennehmen.

Ort: _____ Datum: _____

Patient/gesetzlicher Vertreter: _____ Zahnarzt/Zahnärztin: _____

ggf. anwesendes Präsenzpersonal: _____

Einwilligung zum zahnärztlichen Eingriff

Patientendaten

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

gesetzlich vertreten durch: _____

Strasse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel./Fax privat: _____

Tel./Fax geschäftlich: _____

Tel. mobil*: _____

E-Mail*: _____

Beruf*: _____

Arbeitgeber*: _____

*Angabe freiwillig

Praxisstempel: _____

Diagnose: _____

Vorgesehene Behandlung: _____

Spezielle Risiken der Behandlung: _____

Mögliche Spätfolgen der Behandlung: _____

Risiken bei Unterlassung der Behandlung: _____

Alternative Behandlung: _____

Bitte behandlungsbedürftige Zähne kennzeichnen.

Selbstzähne

Frontzähne

Aufklärungsverzicht

Hiermit verzichte ich ausdrücklich auf eine Aufklärung im Sinne des Patientenrechtegesetzes (§ 630a Abs. 3 BGB) und willige in die Durchführung der geplanten Behandlung ein.

Ort: _____ Datum: _____

Patient/gesetzlicher Vertreter: _____ Zahnarzt/Zahnärztin: _____

ggf. anwesendes Präsenzpersonal: _____

Zusätzliche Behandlung

(z. B. augmentative Verfahren, Transplantationen, Verschiebelappen)

☐ Ich wurde darüber informiert, dass bei mir zusätzliche Leistungen, die über das Rahmen einer üblichen Parodontalbehandlung hinausgehen, sinnvoll sind (Denture/Mentis gegebenenfalls spezielle Verschiebungsschienen).

Zusätzliche Behandlung: _____

Ort: _____ Datum: _____

Patient/gesetzlicher Vertreter: _____ Zahnarzt/Zahnärztin: _____

ggf. anwesendes Präsenzpersonal: _____

Kostenaufklärung

☐ Ich wurde über die voraussichtlichen Kosten aufgeklärt.

☐ Ich wurde darüber informiert, dass mein Krankheitsbild die entstehenden Kosten einschleiert und nicht ganz übersehbar sind.

☐ Ich wünsche einen detaillierten Preis- und Kostenspiegel, der hierfür entstehenden Kosten trage ich.

☐ Ich wünsche keinen detaillierten Preis- und Kostenspiegel.

Ort: _____ Datum: _____

Patient/gesetzlicher Vertreter: _____ Zahnarzt/Zahnärztin: _____

ggf. anwesendes Präsenzpersonal: _____

Einwilligung zur Parodontalbehandlung

Patientendaten

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

gesetzlich vertreten durch: _____

Tel. gesetzlicher Vertreter: _____

Strasse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel./Fax privat: _____

Tel./Fax geschäftlich: _____

Tel. mobil*: _____

E-Mail*: _____

Beruf*: _____

Arbeitgeber*: _____

*Angabe freiwillig

Praxisstempel: _____

patient, dentalerkrankung, für auf ihre Zähne

inside, dentalerkrankung, für auf ihre Zähne

voll?

separat, also

Hygiene, einschleiernde, Blutung, ist, dass

ne entstehen, der sich ohne, einen Tag, die, Risiko, die, Knochen, mes kommt,

teilen?

Das Prinzip, zu dem, einfachen, Zahnfleischsch, bis hin zu umfangreichen operativen Maßnahmen reichen.

In manchen Fällen ist es sinnvoll, die Behandlung mit Medikamenten und/oder Schienen zu unterstützen. Es ist wichtig für Sie zu wissen, dass nur durch eine ständige gute Mundhygiene und richtige Ernährung das durch die Behandlung erzielte Ergebnis erhalten werden kann. Es sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen und bei Bedarf Professionelle Zahnreinigung erforderlich.

Welche Risiken hat der Eingriff?

Der Eingriff wird in örtlicher Betäubung durchgeführt. Diese birgt Risiken hinsichtlich einer Unverträglichkeit des Anästhetikums, Blutungen im Injektionsbereich und der Schädigung von Nerven in sich.

Selten Sie noch keine Gelegenheit gehabt haben, Vorkrankungen mitzuteilen, oder ist dazu noch etwas unklar, so nennen Sie jetzt dem Zahnarzt alle Erkrankungen, die Sie hatten oder an denen Sie leiden, und geben Sie Medikamente an, die Sie einnehmen. Risiken, die damit in Verbindung stehen können, helfen Sie damit zu vermeiden.

Mögliche Folgen der Behandlung

Ziel der Behandlung ist es, den Krankheitsverlauf aufzuhalten oder zumindest zu verlangsamen. Nur in seltenen Fällen gelingt die Wiederherstellung des Zustandes, wie er vor Beginn der Erkrankung bestand.

Durch die Verringerung der Zahnfleischlasten kann es in ungünstigen Fällen nach der Behandlung zu heilenden Zahnbänken kommen, die eine Temperaturempfindlichkeit und im schmerzhaften Bereich jährliche Beeinträchtigungen bedingen können. Dem steht jedoch der längere Erhalt der eigenen Zähne gegenüber.

Im Falle operativer Korrekturen können als Komplikationen Wundheilstörungen oder Nachblutungen auftreten. In den ersten Tagen nach der Operation kann es im Operationsgebiet zu einer unterschiedlich starken Schwellung kommen. Vollständige Entzündungs- und Risikofreiheit sind bei keinem Heilungserfolg möglich.

Je nach Umfang eines operativen Eingriffes kann die Verkehrs-tüchtigkeit eingeschränkt sein. Zu Ihrer eigenen Sicherheit sollten Sie am Tag des Eingriffes nicht ohne Begleitperson am Straßenverkehr teilnehmen und nicht selbst ein Fahrzeug fahren.

Welche Risiken bestehen bei Unterlassen der Behandlung?

Wird der Eingriff nicht durchgeführt, so ist mit einem schnelleren Fortschreiten der Erkrankung, letztlich mit einem früheren Zahnverlust, zu rechnen.

Behandlungsverzicht

☐ Gegen ärztlichen Rat verzichte ich keine Behandlung der Parodontalerkrankung. Ich werde darüber informiert, dass dies – neben dem schneller Fortschreiten dieser Erkrankung – auch die damit, weitere Risiken der Nichtbehandlung sind:

Ort: _____ Datum: _____

Patient/gesetzlicher Vertreter: _____ Zahnarzt/Zahnärztin: _____

ggf. anwesendes Präsenzpersonal: _____

Erklärung des Patienten

Nach mündlicher Aufklärung und Begleichung mit dem Zahnarzt bestätige ich hiermit, dass ich über das Ziel, die Risiken und den Hergang des vorgesehenen ärztlichen Eingriffes informiert bin. Ich habe Gelegenheit, mich über wesentliche Beeinträchtigungen zu informieren, die durch Komplikationen bei der Durchführung oder auch schädliche und die bei Unterlassung der Behandlung auftreten können. Andere Behandlungsmöglichkeiten wurden besprochen. Obese sind:

Selbst es aufgrund eines unvorhergesehenen Befundes nach ärztlichem Ermessen notwendig erscheint, kann über den vorgeschlagenen Umfang des Eingriffes in dem Fall hinausgegangen werden, in dem die weiterführende Aufklärung während des Eingriffes nicht möglich ist und die Unterlassung oder Verringerung des Eingriffes meine Gesundheit gefährdet würde oder wenn dieser ausgegangen werden kann, dass ich einwilligt hätte und/oder den Behandlungsplan zur Einleitung meiner Einwilligung nach der Mehrabstimmung durch einen weiteren Eingriff genehmigt – habe

☐ Über weitere, in meinem Fall speziell bestehende Risiken wurde ich aufgeklärt. Obese sind:

Alle meine Fragen wurden beantwortet. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung widerrufen kann.

☐ Ich habe eine Kopie dieser Einwilligung erhalten.

☐ Ich möchte die mir angebotene Kopie der Einwilligung nicht entgegennehmen.

Ort: _____ Datum: _____

Patient/gesetzlicher Vertreter: _____ Zahnarzt/Zahnärztin: _____

ggf. anwesendes Präsenzpersonal: _____

Einwilligung zur professionellen
Zahnreinigung
Best.-Nr. 1007024414*

Einwilligung zu einer
Laserbehandlung
Best.-Nr. 1007024409*

Einwilligung zur
Entfernung einer Zyste
Best.-Nr. 1007024412*

Einwilligung zur
Entfernung eines Implantats
Best.-Nr. 1007024413*

Einwilligung zum
Knochenaufbau
Best.-Nr. 1007024410*

Einwilligung zu einer
Sinusliftbehandlung
Best.-Nr. 1007024411*

Einwilligung zum
zahnärztlichen Eingriff
Best.-Nr. 1007024402*

Einwilligung zu einer
Zahnimplantation
Best.-Nr. 1007024403*

Einwilligung zur
Entfernung eines Zahnes
Best.-Nr. 1007024404*

Einwilligung zur
Parodontalbehandlung
Best.-Nr. 1007024401*

Einwilligung zur operativen
Entfernung von Weisheitszähnen
Best.-Nr. 1007024405*

Einwilligung zur operativen
Entfernung von retinierten Zähnen
Best.-Nr. 1007024406*

Einwilligung zur
Wurzelspitzenresektion beim Frontzahn
Best.-Nr. 1007024407*

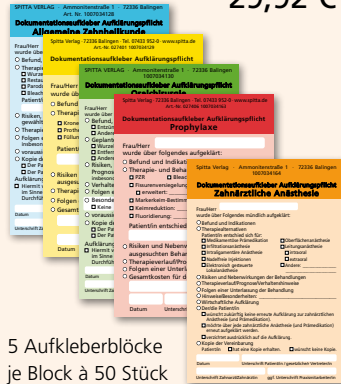
Einwilligung zur
Wurzelspitzenresektion beim Seitenzahn
Best.-Nr. 1007024408*

Einwilligung zur endodontischen Behandlung
Best.-Nr. 1007024420*
*1 OP 19,83 €

**Günstiger
im Set**

Sie sparen 15%!

29,92 €



5 Aufkleberblöcke
je Block à 50 Stück

Dokumentations-Set Aufklärungspflicht

- Allgemeine Zahnheilkunde
- Prothetik/Füllungen
- Oralchirurgie
- Prophylaxe
- Zahnärztliche Anästhesie

Best.-Nr. 1000982160

Dokumentationsaufkleber Aufklärungspflicht Zahnärztliche Anästhesie

selbstklebend, Format: 70 x 80 mm
Farbe: orange, Block à 50 Stück

Best.-Nr. 1007034164

1 Block 7,77 €

Spitta Verlag · Ammonitenstraße 1 · 72336 Balingen
1007034164

Dokumentationsaufkleber Aufklärungspflicht Zahnärztliche Anästhesie

Frau/Herr _____
wurde über Folgendes mündlich aufgeklärt:

- ☐ Befund und Indikationen
- ☐ Therapiealternativen
- Patient/in entschied sich für:
 - ☐ Medikamentöse Prämedikation
 - ☐ Infiltrationsanästhesie
 - ☐ Intraalveoläre Anästhesie
 - ☐ Nadelfreie Injektionen
 - ☐ Elektronisch gesteuerte Lokalanästhesie
 - ☐ Oberflächenanästhesie
 - ☐ Leitungsanästhesie
 - ☐ Intraoral
 - ☐ Extraoral
 - ☐ Andere: _____
- ☐ Risiken und Nebenwirkungen der Behandlungen
- ☐ Therapieverlauf/Prognose/Verhaltenshinweise
- ☐ Folgen einer Unterlassung der Behandlung
- ☐ Hinweise/Besonderheiten:
- ☐ Wirtschaftliche Aufklärung
- ☐ Der/die Patient/in
 - ☐ wünscht zukünftig keine erneute Aufklärung zur zahnärztlichen Anästhesie (und Prämedikation).
 - ☐ möchte über jede zahnärztliche Anästhesie (und Prämedikation) erneut aufgeklärt werden.
 - ☐ verzichtet ausdrücklich auf die Aufklärung.
- ☐ Kopie der Vereinbarung
 - Patient/in ☐ hat eine Kopie erhalten. ☐ wünscht keine Kopie.

Datum _____ Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in _____
Unterschrift Zahnarzt/Zahnärztin _____ ggf. Unterschrift Praxismitarbeiter/in _____

SPITTA VERLAG · Ammonitenstraße 1 · 72336 Balingen
Art. Nr. 1007034128

Dokumentationsaufkleber Aufklärungspflicht Allgemeine Zahnheilkunde

Frau/Herr _____
wurde über Folgendes mündlich aufgeklärt:

- ☐ Befund, wesentliche Umstände und Diagnose
- ☐ Therapie- und Behandlungsalternativen
 - ☐ Wurzelbehandlung am Zahn
 - ☐ Restauration am Zahn
 - ☐ Parodontosebehandlung ☐ PZR
 - ☐ Bleaching ☐ Andere: _____
- Patient/in entschied sich für: _____
- ☐ Risiken, Nebenwirkungen und Besonderheiten der gewählten und alternativen Behandlung
- ☐ Therapieverlauf/Prognose/Verhaltenshinweise
- ☐ Folgen einer Unterlassung der Behandlung, insbesondere
- ☐ voraussichtliche Kosten, HKP
- ☐ Kopie der Vereinbarung
 - ☐ Der Patient hat eine Kopie erhalten.
 - ☐ Der Patient wünscht keine Kopie.

Aufklärungsverzicht
☐ Hiermit verzichte ich ausdrücklich auf eine Aufklärung im Sinne des Patientenrechtgesetzes und willige in die Durchführung der geplanten Behandlung ein.

Datum _____ Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in _____
Unterschrift Zahnarzt/Zahnärztin _____ ggf. Unterschrift Praxismitarbeiter/in _____

Dokumentationsaufkleber Aufklärungspflicht Allgemeine Zahnheilkunde

selbstklebend, Format: 70 x 80 mm
Farbe: blau, Block à 50 Stück

Best.-Nr. 1007034128

1 Block 7,77 €

Dokumentationsaufkleber Aufklärungspflicht Prothetik/Füllungen

selbstklebend, Format: 70 x 80 mm
Farbe: gelb, Block à 50 Stück

Best.-Nr. 1007034129

1 Block 7,77 €

SPITTA VERLAG · Ammonitenstraße 1 · 72336 Balingen · www.spitta.de
Art. Nr. 1007034129

Dokumentationsaufkleber Aufklärungspflicht Prothetik/Füllungen

Frau/Herr _____
wurde über Folgendes mündlich aufgeklärt:

- ☐ Befund, wesentliche Umstände und Diagnose
- ☐ Therapie- und Behandlungsalternativen
 - ☐ Krone/n ☐ Brücke/n ☐ Inlay/s
 - ☐ Prothese/n ☐ Kombi-Arbeiten ☐ Implantat/e
 - ☐ Füllungen ☐ Andere: _____
- ☐ Risiken und Nebenwirkungen
- ☐ Therapieverlauf/Prognose/Verhaltenshinweise
- Patient/in entschied sich für: _____
- ☐ Folgen einer Unterlassung der Behandlung
- ☐ Wirtschaftliche Aufklärung
- ☐ Kopie der Vereinbarung
 - Patient/in ☐ hat eine Kopie erhalten. ☐ wünscht keine Kopie.
- ☐ Aufklärungsverzicht
 - ☐ Hiermit verzichte ich ausdrücklich auf eine Aufklärung im Sinne des Patientenrechtgesetzes und willige in die Durchführung der geplanten Behandlung ein.

Datum _____ Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in _____
Unterschrift Zahnarzt/Zahnärztin _____ ggf. Unterschrift Praxismitarbeiter/in _____

SPITTA VERLAG · Ammonitenstraße 1 · 72336 Balingen
1007034130

Dokumentationsaufkleber Aufklärungspflicht Oralchirurgie

Frau/Herr _____
wurde über Folgendes mündlich aufgeklärt:

- ☐ Befund, wesentliche Umstände und Diagnose
 - ☐ Entzündung ☐ Retention
 - ☐ Andere: _____
- ☐ Geplante, notwendige Therapie
 - ☐ Wurzelspitzenresektion ☐ Entfernung von Zysten
 - ☐ Entfernung von Zähnen/Implantaten
 - ☐ Andere: _____
- ☐ Risiken, Nebenwirkungen, Therapieverlauf und Prognose der Behandlung insbesondere
- ☐ Verhaltensweise, insbesondere
 - ☐ Folgen einer Unterlassung der Behandlung
- ☐ Besonderheiten dieser Behandlung:
 - ☐ Keine ☐ Folgende: _____
- ☐ voraussichtliche Kosten, HKP
- ☐ Kopie der Vereinbarung
 - ☐ Der Patient hat eine Kopie erhalten.
 - ☐ Der Patient wünscht keine Kopie.

Aufklärungsverzicht
☐ Hiermit verzichte ich ausdrücklich auf eine Aufklärung im Sinne des Patientenrechtgesetzes und willige in die Durchführung der geplanten Behandlung ein.

Datum _____ Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in _____
Unterschrift Zahnarzt/Zahnärztin _____ ggf. Unterschrift Praxismitarbeiter/in _____

Dokumentationsaufkleber Aufklärungspflicht Oralchirurgie

selbstklebend, Format: 70 x 80 mm
Farbe: grün, Block à 50 Stück

Best.-Nr. 1007034130

Merkblätter DIN A5, zweiseitig bedruckt

Ihr Zahnarzt informiert:
Örtliche Betäubung

Besonderheiten? Informieren Sie uns bitte über alle Besonderheiten, die wir bei Ihnen beachten müssen:

- Allergien, Krankheiten, Schwangerschaft
- regelmäßige Einnahme von Medikamenten
- frühere Probleme mit Betäubungen oder Narkosen
- starke Angst vor Spritzen

Vorbereitung

- Grundsätzlich sollten Sie etwas essen und trinken, bevor Sie zu einer zahnärztlichen Behandlung kommen.
- Kommen Sie möglichst zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln in die Praxis oder lassen Sie sich fahren, denn nach einer Betäubung sollen Sie kein Verkehrsmittel steuern.

Ablauf

- Atmen Sie bitte vor und während der Betäubung gleichmäßig und langsam ein und aus, möglichst durch die Nase.
- Während wir die Betäubung setzen, den Kopf bitte ruhig halten, nicht sprechen. Möchten Sie uns etwas mitteilen, heben Sie den linken Arm.
- Beim Einspritzen des Betäubungsmittels verspüren Sie ein wenig Druck oder einen leichten Schmerz. Falls Sie stattdessen einen heftigen (brennenden/elektrischen/erschließenden) Schmerz oder etwas anderes Ungewöhnliches an der Einstichstelle oder anderswo spüren, bitte unbedingt melden.
- Einige wenige Patienten reagieren auf die Betäubung mit Kreislaufbedingtem Unwohlsein. Keine Angst, durch Flachlagerung unserer- und ruhiges Atmen Ihrerseits geht dies schnell vorbei.
- Die Betäubungswirkung beginnt zumeist einige Minuten nach dem Einspritzen. Sie spüren zuerst ein Kribbeln an der entsprechenden Stelle, dann setzt das Taubheitsgefühl ein.
- Vor Beginn der Behandlung wird zunächst überprüft, ob die Betäubung wirkt. Sollten Sie zu irgendeinem Zeitpunkt der Behandlung dennoch Schmerz verspüren, bitte gleich melden!

© 2010 Spitta Mediz. 72188 Allgäu - Telefon 07433 952-0 - www.spitta.de
Art-Nr. 1007024311

Merkblatt „Örtliche Betäubung“

Farbe: weiß/orange

Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024311

1 Block 9,11 €

Ihr Zahnarzt informiert:
Verhaltensregeln nach einer Zahntentfernung

Nachblutung

Nach der Zahntentfernung blutet es meist noch für einige Minuten.

- Wunde ein **Tupfer** aufgelegt, so beißen Sie etwa 15 Minuten lang darauf.
- Den Mund bitte nicht ausspülen.
- Falls Ihre **Prothese** auf die frische Wunde gesetzt wurde, lassen Sie sie als Schutzabdeckung mehrere Stunden im Mund und säubern Sie sie anschließend von Blutrückständen.

Auch noch in den nächsten Tagen kann es zu Nachblutungen kommen. Beißen Sie in diesem Fall

- eine halbe Stunde lang fest auf ein frisches, zusammengepresstes Stofftaschentuch. Bringt dies die Blutung nicht zum Stehen, so melden Sie sich bitte bei uns.

Betäubung

Ihre **Konzentrationsfähigkeit** kann nach der Zahntentfernung eingeschränkt sein. Deshalb sollten Sie einen Tag lang

- keine Fahrzeuge lenken und
- keine Maschinen bedienen.

Essen und Trinken Sie erst wieder, wenn das anästhetische Taubheitsgefühl nachlässt. Das Taubheitsgefühl hält meist mehrere Stunden vor, sollte es länger als zehn Stunden bestehen bleiben, so melden Sie sich bitte bei uns.

Wundschmerz

Sollten Sie einen Wundschmerz verspüren, klingt er meist binnen weniger Tage ab. Dauert er etwas länger, so ist das kein Grund zur Beunruhigung – nehmen Sie dann bitte ein Schmerzmittel. Falls **starke Schmerzen** mehrere Tage lang bestehen bleiben oder sich erst nach Tagen entwickeln, melden Sie sich bitte wieder bei uns. Tun Sie dies auch, wenn andere Beschwerden – beispielsweise Druckschmerz unter der Prothese – sich einstellen.

© 2010 Spitta Mediz. 72188 Allgäu - Telefon 07433 952-0 - www.spitta.de
Art-Nr. 1007024310

Merkblatt „Verhaltensregeln nach einer Zahntentfernung“

Farbe: weiß/grün

Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024310

1 Block 9,11 €

Ihr Zahnarzt informiert:
Verhaltensregeln nach einer Operation im Bereich der Mundhöhle

Nachblutung

Nach der Operation blutet es meist noch für einige Minuten.

- Wunde ein **Tupfer** aufgelegt, so beißen Sie etwa 15 Minuten lang darauf.
- Den Mund bitte nicht ausspülen.
- Falls Ihre **Prothese** auf die frische Wunde gesetzt wurde, lassen Sie sie als Schutzabdeckung mehrere Stunden im Mund und säubern Sie sie anschließend von Blutrückständen.

Auch noch in den ersten Tagen nach der Operation kann es zu Nachblutungen kommen. Beißen Sie in diesem Fall

- eine halbe Stunde lang fest auf ein frisches, zusammengepresstes Stofftaschentuch. Bringt dies die Blutung nicht zum Stehen, so melden Sie sich bitte bei uns.

Betäubung

Ihre **Konzentrationsfähigkeit** kann nach der Operation eingeschränkt sein. Deshalb sollten Sie einen Tag lang

- keine Fahrzeuge lenken und
- keine Maschinen bedienen.

Essen und Trinken Sie erst dann wieder, wenn das anästhetische Taubheitsgefühl nachlässt. Das Taubheitsgefühl hält meist mehrere Stunden an, sollte es länger als zehn Stunden bestehen bleiben, so melden Sie sich bitte bei uns.

Wundschmerz

Sollten Sie einen Wundschmerz spüren, klingt er meist binnen weniger Tage ab. Dauert er etwas länger, so ist das kein Grund zur Beunruhigung – nehmen Sie dann bitte ein Schmerzmittel. Falls **starke Schmerzen** mehrere Tage lang bestehen bleiben oder sich erst nach Tagen entwickeln, melden Sie sich bitte wieder bei uns. Tun Sie dies auch, wenn andere Beschwerden – beispielsweise Druckschmerz unter der Prothese – sich einstellen.

© 2010 Spitta Mediz. 72188 Allgäu - Telefon 07433 952-0 - www.spitta.de
Art-Nr. 1007024312

Merkblatt „Verhaltensregeln nach einer Operation im Bereich der Mundhöhle“

Farbe: weiß/grün, Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024312

1 Block 9,11 €

Ihr Zahnarzt informiert:
Verhaltensregeln nach einer Parodontalbehandlung

Ziel erreicht

Ist die Parodontalbehandlung abgeschlossen, so haben Sie das wesentliche Ziel erreicht: Ihr Zahnfleisch ist nun entzündungsfrei, sein Rückgang und der damit verbundene Knochenabbau sind gestoppt worden. Vor allem aber herrscht in Ihrem Mund jetzt ein „pflegegünstiger Zustand“:

- Alle Oberflächen und die Übergänge zwischen Zähnen und Zahnersatz sind jetzt glatt, entstehende Beläge lassen sich daher mit sorgfältiger Pflege gut abbürsten.
- Ihre Zahnfleischlücken sind jetzt entweder nicht mehr da oder aber doch genug, damit Sie mit Zahnbürste den Taschenboden erreichen und reinigen können.

Ab sofort kommt es darauf an, das jetzige Ergebnis zu erhalten. Damit Ihnen das – mit unserer Unterstützung – gelingt, haben wir einige Empfehlungen für Sie zusammengestellt:

Wiederholungsgefahr

Ab heute müssen wir daran arbeiten, dass die gemeinsame Mühe sich gelohnt hat und die Parodontitis nicht erneut ausbricht. Nur wenn Sie täglich etwas dafür tun, können Sie Ihr Zahnbett gesund erhalten. Die häusliche Zahnpflege ist daher von größter Bedeutung.

Häusliche Zahnpflege

Mindestens einmal, besser zweimal täglich müssen Sie alle Zähne, alle Zahnfleischränder und – ganz besonders wichtig – alle Zahnzwischenräume reinigen. Wählen Sie dazu unbedingt einen Zeitpunkt aus (frühestens eine halbe Stunde nach einer Mahlzeit), an dem Sie nicht unter Termindruck stehen.

Keine Schonung!

Auch und gerade dann, wenn Zahnfleisch und Zahnhäute noch empfindlich sind, ist gründliche Pflege das beste Mittel, damit sich das ändert. Wir empfehlen Ihnen dazu folgende Hilfsmittel:

- Handzahnbürste mit Nylonborsten ○ hart ○ mittel ○ weich
- elektrische Zahnbürste
- Einbüschelbürste
- Zahnseide ○ gewachst ○ unwachst
- Spezialzahnseide mit festem Ende zum Einfädeln
- Zahnzwischenraumbürstchen
- Zahnhölzer
- Zahncreme für überempfindliche Zahne/Zahnhäute
- desinfizierende Mundspüllösung

Eine Anleitung zur optimalen Anwendung geben wir Ihnen gern!

© 2010 Spitta Mediz. 72188 Allgäu - Telefon 07433 952-0 - www.spitta.de
Art-Nr. 1007024313

Merkblatt „Verhaltensregeln nach einer Parodontalbehandlung“

Farbe: weiß/grün, Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024313

1 Block 9,11 €

Ihr Zahnarzt informiert:
Neuer Zahnersatz

Jeder neue Zahnersatz ist eine persönliche Sonderanfertigung. In das feine Zusammenspiel zwischen Zunge, Zähnen, Kiefer und Gesichtsmuskeln ist jetzt auch Ihr neuer Zahnersatz integriert. Damit Sie möglichst lange Freude daran haben – Zahnersatz kann sogar lebenslang halten – und die Gewöhnungsphase rasch hinter sich lassen, haben wir für Sie einige Hinweise zusammengestellt:

Fremdkörpergefühl

Sie werden Ihren neuen Zahnersatz zunächst als **Fremdkörper** wahrnehmen. Möglicherweise bereitet Ihnen anfanglich das **Speechen**, vor allem der **S-Laute**, Probleme. Räumen Sie sich bitte etwas Zeit für die Gewöhnung ein. Bei neuem Zahnersatz dauert dies manchmal nur Stunden oder Tage, oftmals aber auch Wochen und seltener sogar einige Monate. Selbst dann, wenn Ihr neuer Zahnersatz Sie anfangs relativ deutlich stört: Er wird früher oder später ein „Teil von Ihnen“ werden – das ist in fast allen Fällen so.

Kauen

Kauen Sie zu Beginn vorsichtig weichere Nahrung. Leichte **Kaubeschwerden** und verminderte **Kaufkraft** sind zunächst durchaus normal, und es kann auch öfter als sonst passieren, dass Sie sich in die Wange oder Zunge beißen. Später beachten Sie bitte

Terminplanung leicht gemacht

Das Spitta-Patienten-Terminbuch ist das optimale Organisationsmittel für die Bestellpraxis. Mit dem Spitta-Patienten-Terminbuch behalten Sie stets die Übersicht und haben Terminplanung, -überwachung und -kontrolle fest im Griff.

Datumaufkleber

2021 Best.-Nr. 1007054160

2022 Best.-Nr. 1007054162

1 Satz 15,97 €

Spitta-Terminbuch

Ringbuch für
Terminbucheinlagen
Füllhöhe 22 mm

Best.-Nr. 1007054101

1 Stück 25,49 €



Monatsregister

Januar–Dezember
Plastik, Farbe: grau

Best.-Nr. 1007054103

1 Stück 12,73 €

Jahresübersicht

Kalenderblatt 2021

Best.-Nr. 1007054161

1 Stück 4,12 €

Kalenderblatt 2022

Best.-Nr. 1007054163

1 Stück 4,12 €

Abbildung: www.spitta.de/terminplanung

Etiketten

für Korrekturen im Terminbuch

7 x 50 mm / 760 Stück

Best.-Nr. 1007054135

1 Block 5,45 €

7 x 70 mm / 570 Stück

Best.-Nr. 1007054136

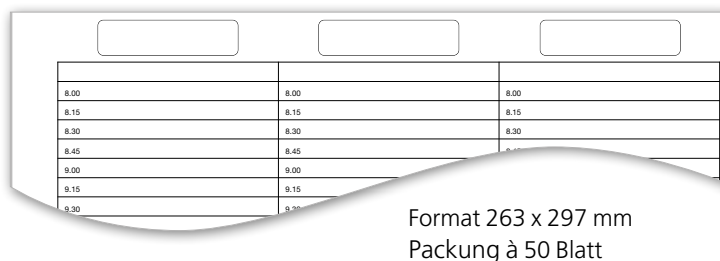
1 Block 5,45 €

Terminbucheinlagen 3-spaltig 8–12 Uhr und 14–18 Uhr

normales Papier: Best.-Nr. 1007054110

1 OP 21,43 € / 2 OP à 19,11 €

OP 35,92 € / 2 OP à 32,44 €



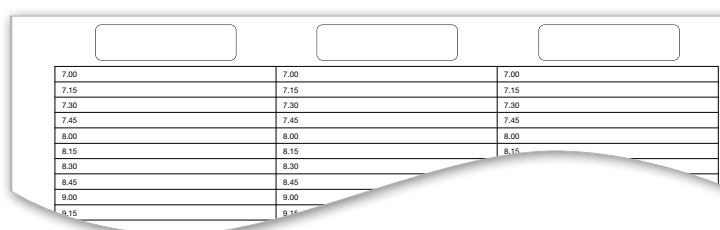
Terminbucheinlagen 3-spaltig 7–19 Uhr durchgehend

normales Papier: Best.-Nr. 1007054113

1 OP 21,43 € / 2 OP à 19,11 €

reißfestes Papier: Best.-Nr. 1007054123

1 OP 35,92 € / 2 OP à 32,44 €



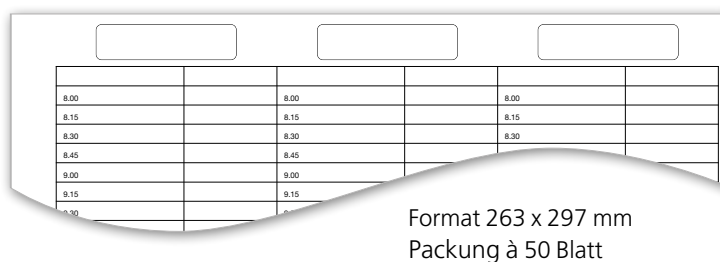
Terminbucheinlagen 6-spaltig 8–12 Uhr und 14–18 Uhr

normales Papier: Best.-Nr. 1007054115

1 OP 21,43 € / 2 OP à 19,11 €

reißfestes Papier: Best.-Nr. 1007054125

1 OP 35,92 € / 2 OP à 32,44 €



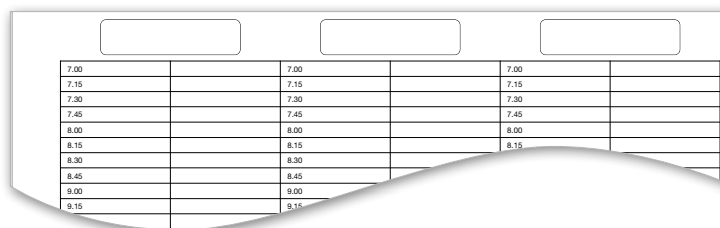
Terminbucheinlagen 6-spaltig 7–19 Uhr durchgehend

normales Papier: Best.-Nr. 1007054114

1 OP 21,43 € / 2 OP à 19,11 €

reißfestes Papier: Best.-Nr. 1007054124

1 OP 35,92 € / 2 OP à 32,44 €



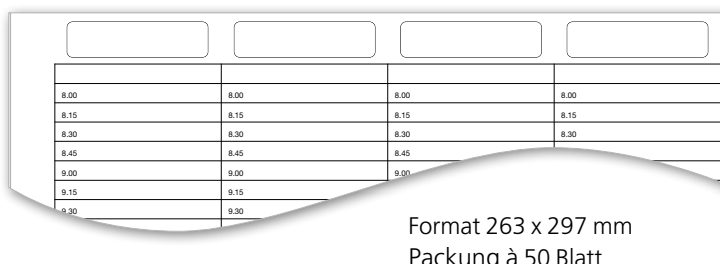
Terminbucheinlagen 4-spaltig 8–12 Uhr und 14–18 Uhr

normales Papier: Best.-Nr. 1007054111

1 OP 21,43 € / 2 OP à 19,11 €

reißfestes Papier: Best.-Nr. 1007054121

1 OP 35,92 € / 2 OP à 32,44 €



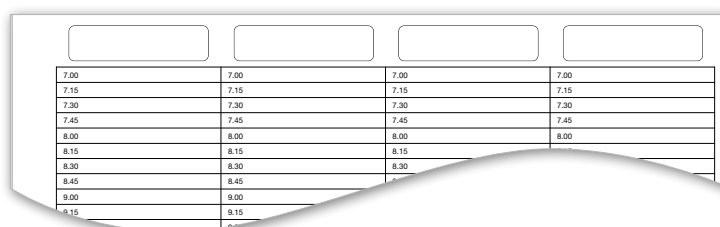
Terminbucheinlagen 4-spaltig 7–19 Uhr durchgehend

normales Papier: Best.-Nr. 1007054112

1 OP 21,43 € / 2 OP à 19,11 €

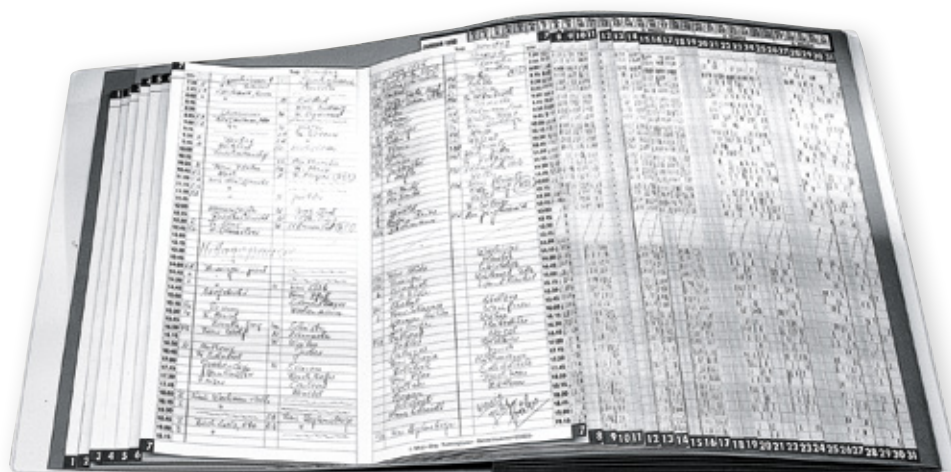
reißfestes Papier: Best.-Nr. 1007054122

1 OP 35,92 € / 2 OP à 32,44 €



Professionelles Zeitmanagement – So einfach funktioniert Ihr Terminbuch

1. Tagesdoppelseite aufschlagen und den entsprechenden Wochentag in die Datumsleiste eintragen.
2. Raumverteilung vornehmen, Sprechzeiten zuweisen.
3. Patientennamen und Nutzungshinweise der Zeitleiste zuordnen (in die waagerechten Felder eintragen).
4. Zeiteintragungen mit Bleistiftstrich in den vorgegebenen 15-Minuten-Kästchen quittieren.



* Pro Halbjahr
ein Band

Spitta Terminbuch 7.30–19.15 Uhr 4-spaltig

Spitta Terminbuch 2021	Januar bis Dezember*
Best.-Nr. 1007054354	1 Stück 183,08 €
Spitta Terminbuch 2022	Januar bis Dezember*
Best.-Nr. 1007054356	1 Stück 183,08 €

Spitta Terminbuch 7.00–21.00 Uhr 6-spaltig

Spitta Terminbuch 2021	Januar bis Dezember*
Best.-Nr. 1007054355	1 Stück 206,27 €
Spitta Terminbuch 2021	Januar bis Dezember*
Best.-Nr. 1007054357	1 Stück 206,27 €

Sie haben Ihre nächsten Termine vereinbart für

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
Datum						
Uhrzeit						
Datum						
Uhrzeit						
Datum						
Uhrzeit						

Praxisstempel

Beachten Sie bitte:

Wir planen jeden Ihren Termin so, dass Ihnen möglichst keine oder nur eine geringe Wartezeit entsteht und wir Sie in Ruhe behandeln können.

Wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können, informieren Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher, weil wir Ihnen die reservierte nicht genutzte Zeit sonst in Rechnung stellen müssten.

© 2009 - Spitta Verlag - 72336 Balingen - Telefon 07433 952-0 - www.spitta.de Art.-Nr. 020 241 - 1007024820

Terminvereinbarung

DIN A6 quer
Block à 100 Blatt
Best.-Nr. 1007024820
1 Block 8,26 €
5 Blöcke à 7,66 €

Dein Termin beim Zahnarzt

Name _____

	Datum	Uhrzeit	Praxisstempel		
Mo	Di	Mi	Do	Fr	
Mo	Di	Mi	Do	Fr	
Mo	Di	Mi	Do	Fr	
Mo	Di	Mi	Do	Fr	

Bitte benachrichtige uns rechtzeitig (zwei Tage vorher), wenn Du zu diesem Termin verhindert bist.

© 2009 - Spitta Verlag - 72336 Balingen - Telefon 07433 952-0 - www.spitta.de Art.-Nr. 1007024842

Terminvereinbarung für Kinder

Format: 120 x 90 mm, Farbe: braun/weiß
Block à 100 Blatt
Best.-Nr. 1007024842
1 Block 6,48 €
5 Blöcke à 5,89 €

**Terminzettel
universal**

Format: 120 x 90 mm,
Farbe: rot,
Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024854

1 Block 6,60 €

5 Blöcke à 6,00 €



Ihre Termine:

(Beispiel)

Name _____

Mo Di Mi Do Fr _____ Datum Uhrzeit

Mo Di Mi Do Fr _____ Datum Uhrzeit

Mo Di Mi Do Fr _____ Datum Uhrzeit

Bitte benachrichtigen Sie uns rechtzeitig (zwei Tage vorher), wenn Sie diesen Termin nicht wahrnehmen können.

Spitta Verlag - 72336 Balingen - Tel.: 07433 952-0 - www.spitta.de Art.-Nr. 1007024854

Terminzettel

Format: 120 x 90 mm,
Farbe: rot,
Block à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007024823

1 Block 6,73 €

5 Blöcke à 6,11 €



Name _____

IHR TERMIN BEIM ZAHNARZT

Datum Uhrzeit

Mo	Di	Mi	Do	Fr		
Mo	Di	Mi	Do	Fr		
Mo	Di	Mi	Do	Fr		
Mo	Di	Mi	Do	Fr		

Bitte benachrichtigen Sie mich rechtzeitig (zwei Tage vorher), wenn Sie zu diesem Termin verhindert sind.

Spitta Verlag - 72336 Balingen - Tel.: 07433 952-0 - Art.-Nr. 1007024823

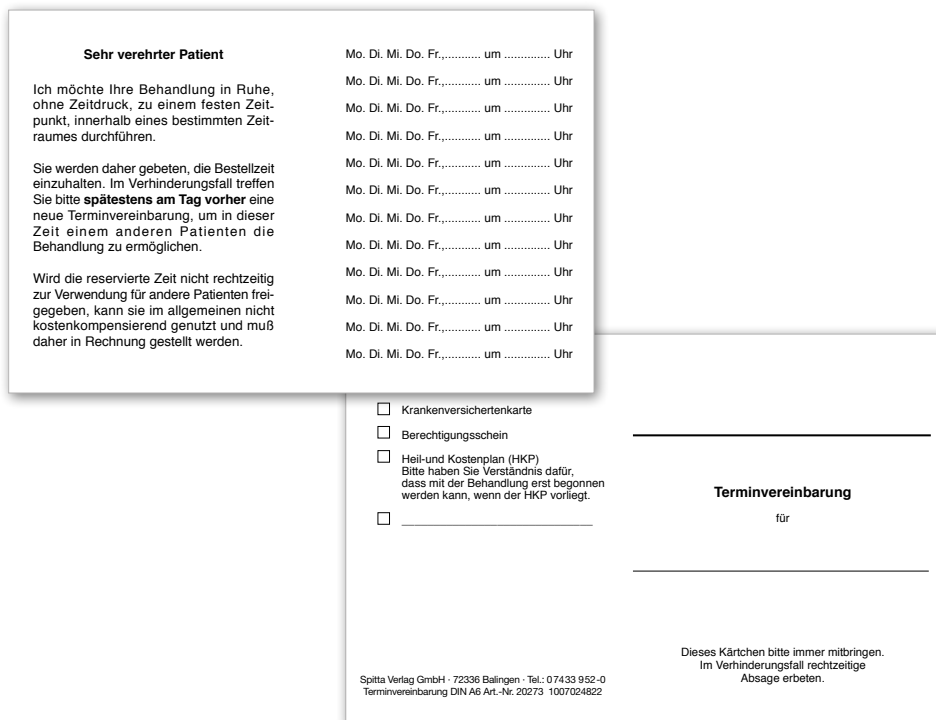
Terminvereinbarung

ohne Praxiseindruck,
Format: DIN A6
zweiseitig bedruckt,
Packung à 100 Karten

Best.-Nr. 1007024822

1 OP 11,80 €

5 OP à 10,62 €



Sehr verehrter Patient

Ich möchte Ihre Behandlung in Ruhe, ohne Zeitdruck, zu einem festen Zeitpunkt, innerhalb eines bestimmten Zeitraumes durchführen.

Sie werden daher gebeten, die Bestellzeit einzuhalten. Im Verhinderungsfall treffen Sie bitte **spätestens am Tag vorher** eine neue Terminvereinbarung, um in dieser Zeit einem anderen Patienten die Behandlung zu ermöglichen.

Wird die reservierte Zeit nicht rechtzeitig zur Verwendung für andere Patienten freigegeben, kann sie im allgemeinen nicht kostenkompensierend genutzt und muß daher in Rechnung gestellt werden.

Mo. Di. Mi. Do. Fr.,..... um Uhr
Mo. Di. Mi. Do. Fr.,..... um Uhr
Mo. Di. Mi. Do. Fr.,..... um Uhr
Mo. Di. Mi. Do. Fr.,..... um Uhr
Mo. Di. Mi. Do. Fr.,..... um Uhr
Mo. Di. Mi. Do. Fr.,..... um Uhr
Mo. Di. Mi. Do. Fr.,..... um Uhr
Mo. Di. Mi. Do. Fr.,..... um Uhr
Mo. Di. Mi. Do. Fr.,..... um Uhr
Mo. Di. Mi. Do. Fr.,..... um Uhr

☐ Krankenversichertenkarte
☐ Berechtigungsschein
☐ Heil- und Kostenplan (HKP)
Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass mit der Behandlung erst begonnen werden kann, wenn der HKP vorliegt.
☐ _____

Terminvereinbarung
für _____

Dieses Kärtchen bitte immer mitbringen.
Im Verhinderungsfall rechtzeitige Absage erbitten.

Spitta Verlag GmbH - 72336 Balingen - Tel.: 07433 952-0
Terminvereinbarung DIN A6 Art.-Nr. 1007024822



◀ Ringbuch	Best.-Nr.	Farbe: weiß
Röntgen	1007054208	1 Stück 23,08 €
Einkauf	1007054209	1 Stück 21,43 €
Prothetik	1007054210	1 Stück 21,43 €
Rechnung	1007054207	1 Stück 21,43 €

Jahr:		Monat		Blatt:					
Datum	Name, Vorname, Geburtsdatum, -ort	Schwangerschaft ja/nein nicht bek.	zuletzt geröntgt, wann/Körperregion	Behandlung, Zahl und Art der Aufnahmen	untersuchte Region	Dosierung	rechtfertigende Indikation	Eintrag Röntgenpass ja/nein	

▲ Einlageblätter „Röntgen“

zweiseitig bedruckt
Format: 267 x 297 mm
Packung à 50 Blatt

Best.-Nr. 1007054201
1 OP 21,22 €

Seite 1															
Rechnungs-Nr.	Name, Vorname	Pri- vat	Kr. Ka.	An- zahl	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag	Ma. I	Ma. II	In- kas- so	Teil- zahl- ung	(Rest)- Zahlungsdatum	K	B	P	Bemerkungen
0001															
0002															
0003															
0004															
0005															
0006															
0007															
0008															

▲ Einlageblätter „Rechnung“

Format: 267 x 297 mm,
Packung à 70 Blatt

nummeriert von 0001–5000
Best.-Nr. 1007054205
1 OP 33,02 €

nummeriert von 5001–10000
Best.-Nr. 1007054206
1 OP 33,02 €

Jahr:		Monat		Blatt:						
Datum	Benötigte Artikel	Hersteller, Lieferant	Datum d. Bestellung	Charge-Nr.	Verfalldatum – Haltbarkeitsdat.	bestellt bei Firma	Datum d. Lieferung	Bemerkungen		

▲ Ringbuch „Einkauf“

Farbe: weiß

Best.-Nr. 1007054209

1 OP 21,43 €

Einlageblätter „Einkauf“

zweiseitig bedruckt

Format: 267 x 297 mm

Packung à 50 Blatt

Best.-Nr. 1007054202

1 OP 19,69 €

Jahr:		Monat		Blatt:									
Datum HKP/Liqu. ausgestellt	Name, Vorname	Krankenkasse	Honorar Summe Sp. 4	geschätzte Mat. u. Lab.-Kosten	Datum der Bewilligung	Kasse übernimmt %	Zuschuß Edelmetall je g	Zahnersatz eingegli. am	Kassenanteil insgesamt	Versichertenanteil	Abr.-Monat	bez.	

▲ Ringbuch „Prothetik“

Farbe: weiß

Best.-Nr. 1007054210

1 OP 21,43 €

Einlageblätter „Prothetik“

zweiseitig bedruckt

Format: 267 x 297 mm

Packung à 50 Blatt

Best.-Nr. 1007054204

1 OP 19,69 €

Krankenblatt nach Maß

Teilen Sie selbst die Rubriken ein und wählen den Text dafür nach Ihren Wünschen und Bedürfnissen.

für DIN A4 (206 x 295 mm)

Block à 100 Blatt

kopfgelocht

Best.-Nr. 1007094106

10 Blöcke à 10,78 €

25 Blöcke à 7,83 €

seitlich gelocht

Best.-Nr. 1007094113

10 Blöcke à 10,78 €

25 Blöcke à 7,83 €

weiß

gelb

blau

grün

rosa

orange

So wird es gemacht – ein Bestell-Beispiel ...

- 1.) Zur Einteilung Ihrer Spalten ziehen Sie senkrechte Linien an den gewünschten Spalten und beschriften die senkrechten Linien mit a, b oder c.

Name	Vorname	geb.	Krankenkasse
0	1	2	3
4	5	6	7
8	9	10	11
12	13	14	15
16	17	18	19

b b b c b

Hinweise: Die Krankenblätter nach Maß passen zur Spitta-System-Kartei® (206 x 295 mm). Wenn Ihr Krankenblatt in einer DIN-A4-Karteikarte benutzt werden soll, belassen Sie für die seitliche Lochung einen Freiraum von 1,5 cm.

a = punktierte Längslinie

b = halbfette Längslinie _____

c = fette Längslinie _____

- 2.) Legen Sie anschließend die Beschriftung Ihrer Spalten fest:

Spalte (cm)	Text
0 bis 2,5	Datum
2,5 bis 5,0	Zahn/Gebiet
5,0 bis 7,5	BEMA-Nr.
7,5 bis 8,5	Anzahl
8,5 bis 16,0	Behandlung
16,0 bis 20,0	Bemerkung

... und so sieht dieses fertige Krankenblatt nach Maß aus:

Blatt Nr. _____					
Name	Vorname	geb.	Krankenkasse		
Datum	Zahn/Gebiet	BEMA-Nr.	Anzahl	Behandlung	Bemerkung

Absender

Praxisstempel

Ihre Kundennummer

1300011

Name des Bestellers

Telefon

Telefax

E-Mail-Adresse

Datum

Unterschrift

Kontakt



Wichtige Bestell-Information

Bitte senden Sie uns Ihren **Erstauftrag** zur Anfertigung eines Krankenblatts nach Maß **nur in schriftlicher Form**. Wir beraten Sie gerne telefonisch vor Ihrer Bestellung unter der angegebenen Telefonnummer. Bitte übermitteln Sie uns dieses Bestell-Formular per Fax oder Brief.

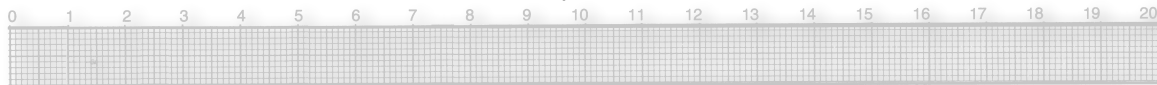
Ihr Krankenblatt nach Maß erhält beim Erstdruck eine **unverwechselbare Identifikationsnummer**. Geben Sie diese bei künftigen Bestellungen von unveränderten Nachdrucken an.

Ich bestelle zu Ihren bekannten Verkaufs- und Lieferbedingungen

Anz.	Best.-Nr.	Artikelbezeichnung / Farbe (bitte angeben, siehe Seite 50 oben)	Einzelpreis €

Gestaltung

- 1.) Zur Einteilung Ihrer Spalten ziehen Sie senkrechte Linien an den gewünschten Spalten und beschriften die senkrechten Linien mit a, b oder c.



Hinweise: Die Krankenblätter nach Maß passen zur Spitta-System-Kartei® (206 x 295 mm). Wenn Ihr Krankenblatt in einer DIN-A4-Karteikarte benutzt werden soll, belassen Sie für die seitliche Lochung einen Freiraum von 1,5 cm.

a = punktierte Längslinie
b = halbfette Längslinie
c = fette Längslinie

- 2.) Legen Sie die Beschriftung Ihrer Spalten fest:

Spalte (cm)	Text
_____ bis _____	_____
_____ bis _____	_____
_____ bis _____	_____
_____ bis _____	_____
_____ bis _____	_____
_____ bis _____	_____

Für alle Aufträge gelten unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen, die Sie unter www.spitta.de/agb abrufen können.

Die im Katalog angegebenen Preise beziehen sich auf den Stand 01.01.2021.

Für Ihre Bestellung gelten die jeweils aktuellen Preise, welche Sie unter www.spitta.de einsehen können.

Fälschungerschwertes Privatrezept, Chipkarten-Privatrezept

Format DIN A6 quer,
einseitig blau bedruckt,
Adresseindruck in blau,
Mindestabnahmemenge:

10 Blöcke à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007094120

10 Blöcke à 18,92 €

Fälschungerschwertes Privatrezept mit Praxiseindruck

zweifarbig bedruckt, schwarz/rot

Format: DIN A6

Mindestabnahmemenge:

10 Blöcke à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007094103

10 Blöcke à 14,38 €

20 Blöcke à 8,35 €

Die aufgedruckte Sonderfarbe erschwert das Kopieren und somit die missbräuchliche Verwendung des Rezeptes.

Rezeptformular mit Praxiseindruck

Format: DIN A6, einfarbig

Mindestabnahmemenge:

10 Blöcke à 100 Blatt

Best.-Nr. 1007094102

10 Blöcke à 10,38 €

20 Blöcke à 6,23 €

Visitenkarten mit Praxiseindruck

zweifarbig, einseitig bedruckt
Packung à 100 Karten
(einmalige Satzkosten bei Erstdruck)

Best.-Nr. 1007094105

Bei Interesse melden Sie sich bitte im
Kundencenter unter Tel. 07433 952-0

Ja, ich bestelle per Fax: 07433 952-777

Anzahl	Bestell-Nr.:	Artikelbezeichnung / Farbe (falls notwendig):	Netto Einzelpreis €

Preise wie im Katalog angegeben zzgl. MwSt. und Versandkosten

Bestellen Sie:



www.spitta.de/shop



kundencenter@spitta.de



07433 952-0



07433 952-777

Im Spitta-Kundencenter sind wir persönlich für Sie da:

Telefon: 07433-952-0

Mo. – Do. von 8.00 – 17.00 Uhr

Fr. von 8.00 – 12.00 Uhr

Ihre Kundennummer:
(optional)

Adresse/Stempel:

1300032

Datum

Unterschrift

X

Für alle Aufträge gelten unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen, die Sie unter www.spitta.de/agb abrufen oder direkt im Spitta-Kundencenter anfordern können. Die im Katalog angegebenen Preise beziehen sich auf den Stand 01.01.2021. Für Ihre Bestellung gelten die jeweils aktuellen Preise, welche Sie unter www.spitta.de einsehen können.



Ja,

ich möchte kostenlos und unverbindlich über aktuelle Nachrichten und hilfreiche Tipps aus der Zahnmedizin und Zahnheilkunde per E-Mail informiert werden. Ich kann diesen Info-Service jederzeit abbestellen.

E-Mail-Adresse



Spitta GmbH
Ammonitenstr. 1
72336 Balingen
Telefon 07433 952-0
Telefax 07433 952-777
www.spitta.de

Ja, ich bestelle per Fax: 07433 952-777

Anzahl	Bestell-Nr.:	Artikelbezeichnung / Farbe (falls notwendig):	Netto Einzelpreis €

Preise wie im Katalog angegeben zzgl. MwSt. und Versandkosten

Bestellen Sie:



www.spitta.de/shop



kundencenter@spitta.de



07433 952-0



07433 952-777

Im Spitta-Kundencenter sind wir persönlich für Sie da:

Telefon: 07433-952-0

Mo. – Do. von 8.00 – 17.00 Uhr

Fr. von 8.00 – 12.00 Uhr

Ihre Kundennummer:
(optional)

Adresse/Stempel:

1300032

Datum

Unterschrift

X

Für alle Aufträge gelten unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen, die Sie unter www.spitta.de/agb abrufen oder direkt im Spitta-Kundencenter anfordern können. Die im Katalog angegebenen Preise beziehen sich auf den Stand 01.01.2021. Für Ihre Bestellung gelten die jeweils aktuellen Preise, welche Sie unter www.spitta.de einsehen können.



Ja,

ich möchte kostenlos und unverbindlich über aktuelle Nachrichten und hilfreiche Tipps aus der Zahnmedizin und Zahnheilkunde per E-Mail informiert werden. Ich kann diesen Info-Service jederzeit abbestellen.

E-Mail-Adresse



Spitta GmbH
Ammonitenstr. 1
72336 Balingen
Telefon 07433 952-0
Telefax 07433 952-777
www.spitta.de

