

Falldokumentation WBA „präventive, restaurative und ästhetische Zahnmedizin“

Die 16 eingereichten Fälle müssen lückenlos dokumentiert sein und das Spektrum der präventiven, restaurativen und ästhetischen Zahnmedizin abdecken. Dazu werden die Patientenfälle den einzelnen Fachgebieten gemäss Stoffkatalog zugeordnet. Alle Fälle müssen mindestens nach 6 Monaten nachdokumentiert werden. Von vier Fällen muss eine Nachdokumentation nach 2 Jahren oder später vorliegen. Maximal 6 Fälle dürfen Dokumentationen von Kindern und Jugendlichen sein. Die Kommission WBA „präventive, restaurative und ästhetische Zahnmedizin“ kann die Einsicht in die Krankenakte verlangen, um die Richtigkeit der Angaben zu prüfen.

Bereich A: Allgemeinerkrankung mit Auswirkung auf Kausystem

Mindestens 1 Fall soll die Behandlung eines Patienten mit einer Allgemeinerkrankung mit Auswirkung auf das Kausystem repräsentieren.

Bereich B: Allgemeinmedizinische Probleme

Mindestens 1 Fall soll die Behandlung eines Patienten mit allgemein-medizinischen Problemen betreffen.

Bereich C: Dento-alveoläre Traumatisierung

Mindestens drei Fälle sollen Patienten mit einer schweren dento-alveolären Traumatisierung betreffen.

Bereich D: suboptimale sozio-ökonomische Verhältnisse

Mindestens zwei Fälle sollen Patienten aus nicht optimalen sozio-ökonomischen Verhältnissen betreffen.

Bereich E: hohes Kariesrisiko

Mindestens drei Fälle sollen Patienten mit einem hohen Kariesrisiko betreffen.

Bereich F: Langzeitbetreuung

Bei mindestens vier der 16 Fälle soll eine Nachdokumentation über mindestens 2 Jahre erfolgen.

Angaben zur Falldokumentation:

- Initialen und Geburtsdatum dem Patienten. Bereichszuteilung und Nachdokumentation.
- Hauptanliegen des Patienten
- Anamnese (sozial, systemisch, dental)
- Befunde (Zähne, Parodont, Schleimhaut, Kausystem, Röntgenbefund)
- Diagnosen
- Diskussion von Therapievarianten
- Erfolgte Therapie, Behandlungsplan, Kostenschätzung
- Behandlungsverlauf (inklusive Reevaluation)
- Kritische Schlussbetrachtung

Mit der Dokumentation sind die Röntgenbilder, Fotos und allfällige Bilder der Modelle in digitaler Form abzugeben. Die Fälle müssen auf einem digitalen Träger eingeschickt werden (Format Word oder PowerPoint). Ist der Patient auf allfälligen

extraoralen Fotografien erkennbar, so muss das entsprechende Einwilligungsformular des Patienten (Anhang 2) der Falldokumentation beigelegt werden. Zusätzlich muss der Gesuchssteller die Erklärung, dass er alle Fälle selber behandelt und dokumentiert hat beilegen (Anhang 1).

Erläuterungen zur Falldokumentation

Anamnese

Beruflich-soziales Umfeld des Patienten, allgemeinmedizinische Erkrankungen, Medikamente, Raucherstatus, Bericht des Patienten über frühere Traumata oder Zahnbehandlungen.

Befunde

Ausführlicher Zahnstatus mit vorhandenen Restaurationen/Rekonstruktionen, endodontischer und parodontaler Zustand der Dentition, Mundhygiene. Bisslage und Funktion (Okklusion, Vorkontakte), Kiefergelenksbefundung. Stomatologische Befunde, Röntgenstatus, sowie Fotostatus.

Diagnose

Ausführliche Diagnostik mit Aufstellen der Problemliste.

Therapievarianten

Mögliche Therapiemöglichkeiten und Diskussionen, die mit dem Patienten anlässlich der Therapiebesprechung geführt wurden.

Erfolgte Therapie, Behandlungsplan, Kostenschätzung

Darstellung der gewählten Therapie, Aufstellung des Behandlungsplans. Der Behandlungsplan ist in vier Behandlungsphasen: systemische Phase, Hygienephase, Restaurative/Rekonstruktive Phase, sowie Erhaltungsphase gegliedert. Die Kostenschätzung wird beigelegt mit Angabe der Tarifpositionen und Taxpunkte.

Behandlungsverlauf

Die einzelnen Termine des Patienten werden aufgeführt und die einzelnen Behandlungsschritte festgehalten. Die einzelnen Therapieschritte sind radiologisch oder fotografisch dokumentiert. Allfällige Komplikationen und Planänderungen werden aufgezeigt und diskutiert.

Der Behandlungsabschluss wird fotografisch dokumentiert. Spätestens bei der ersten Nachkontrolle ist zudem auch eine radiologische Kontrolle notwendig. Bei der Nachkontrolle wird erneut ein Fotostatus angefertigt.

Das Konzept der Erhaltungsphase wird festgehalten.

Kritische Schlussbetrachtung

Eine ausführliche Diskussion des Falles mit Pro und Kontra beziehungsweise Gründen, die zum Erfolg/ Misserfolg geführt haben wird festgehalten. Eine selbstkritische Evaluation der durchgeführten Therapie ist erwünscht.

Es besteht die Möglichkeit die Falldokumentation mit einem Schlusswort abzuschliessen.

Fallnummer	Initialen	Geburtsdatum	Bereich(e)	Beschreibung	Nachdokumentation
<i>Bsp. 0</i>	<i>B.Z.</i>	<i>01.01.1983</i>	<i>A</i>	<i>Behandlung dentaler Erosionen mit Kompositrestaurationen</i>	<i>1 Jahr</i>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Fallnummer	Initialen	Geburtsdatum	Bereich(e)	Beschreibung	Nachdokumentation
<i>Bsp. 0</i>	<i>B.Z.</i>	<i>01.01.1983</i>	<i>A</i>	<i>Behandlung dentaler Erosionen mit Kompositrestaurationen</i>	<i>1 Jahr</i>
11					
12					
13					
14					
15					
16					

Anhang 1: Erklärung des Gesuchstellers

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die Falldokumentationen für den Weiterbildungsausweis „präventive, restaurative und ästhetische Zahnmedizin“ selbständig erarbeitet habe. Die Bilder entsprechen der Realität und wurden nicht digital verändert. Allfällige Probleme und Misserfolge im Behandlungsablauf wurden wahrheitsgetreu wiedergegeben und entsprechend den Einträgen im Patientendossier. Allfällige Behandlungsschritte, die durch andere Behandler als mich durchgeführt wurden, sind als solche klar erkennbar. Wissenschaftliche Zitate habe ich unter Angabe der Originalautoren und des Publikationsjahres verwendet. Mir ist bekannt, dass der Fachausschuss der SSO berechtigt ist, mir den Weiterbildungsausweis abzuerkennen, sollte ich entgegen der oben genannten Erklärung gehandelt haben.

Ort und Datum:

Unterschrift:

Anhang 2: Einverständniserklärung des Patienten

Anrede
Name
Strasse
PLZ Ort

Ort, Datum

Einverständniserklärung

Sehr geehrte XX,

Im Rahmen der Weiterbildungsregelung in allgemeiner Zahnmedizin werde ich einem Prüfungsgremium der SSO (Schweiz. Zahnärztesgesellschaft) zehn dokumentierte Patientenfälle vorlegen müssen. Ich wäre Ihnen deshalb dankbar, wenn ich zu diesem Zweck auch diejenigen Unterlagen benutzen dürfte, welche im Laufe Ihrer Behandlung erstellt wurden (inkl. Fotos). Die Unterlagen werden selbstverständlich vertraulich behandelt, nicht öffentlich publiziert und dienen nur zu Prüfungszwecken.

Besten Dank für Ihre Mithilfe.

Ich bestätige, dass meine Unterlagen zu oben beschriebenem Zweck verwendet werden dürfen.

Ort, Datum.....

Unterschrift.....