

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.		Datum

Erklärung des Versicherten

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regel-, der gleich- und andersartigen Versorgung sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes _____ aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend diesem Kostenplan.

Datum/Unterschrift des **Versicherten**

Lfd.-Nr. _____

Stempel des **Zahnarztes**

Heil- und Kostenplan

Hinweis an den Versicherten:
Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan

TP = Therapieplanung

R = Regelversorgung

B = Befund

Art der Versorgung

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
B																
R																
TP																

Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht auszufüllen!

Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)

II. Befunde für Festzuschüsse

IV. Zuschussfestsetzung

Unfall oder Unfallfolgen/
Berufskrankheit

Interimsversorgung

Unbrauchbare
Prothese/Brücke/Krone

Befund Nr.1 Zahn/Gebiet 2 Anz.3

Betrag Euro Ct

Versorgungsleiden

Immediatversorgung

Alter ca.

Jahre

NEM

(Spalten 1-3 vom Zahnarzt auszufüllen)

Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Hinweis:

% Festzuschuss

Es liegt ein Härtefall vor.

Erläuterungen

Befund (Kombinationen sind zulässig)

- | | |
|--|--|
| a = Adhäsivbrücke (Anker) | pw = erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten |
| ab = Adhäsivbrücke (Brückenglied) | r = Wurzelstiftkappe |
| aw = erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Anker) | nw = erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe |
| abw = erneuerungsbedürftige Adhäsivbrücke (Brückenglied) | sw = erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion |
| b = Brückenglied | t = Teleskop |
| e = ersetzter Zahn | tw = erneuerungsbedürftiges Teleskop |
| ew = ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn | ur = unzureichende Retention |
| f = fehlender Zahn | ww = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung |
| i = Implantat mit intakter Suprakonstruktion | x = nicht erhaltungswürdiger Zahn |
| ix = zu entfernendes Implantat | }(= Lückenschluss |
| k = klinisch intakte Krone | |
| kw = erneuerungsbedürftige Krone | |

Behandlungsplanung:

- | | |
|---|---|
| A = Adhäsivbrücke (Anker) | M = Vollkeramische oder keramisch voll verblendete Restauration |
| ABV = Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung) | O = Geschiebe, Steg etc. |
| ABM = Adhäsivbrücke (Brückenglied, vollkeramisch oder keramisch vollverblendet) | PK = Teilkronen |
| B = Brückenglied | R = Wurzelstiftkappe |
| E = zu ersetzender Zahn | S = implantatgetragene Suprakonstruktion |
| H = gegossene Halte- und Stützvorrichtung | T = Teleskopkrone |
| K = Krone | V = Vestibuläre Verblendung |

III. Kostenplanung

1 Fortsetzung Anz.

1 Fortsetzung Anz.

1 BEMA-Nrn.

Anz.

Euro Ct

2 Zahnärztliches Honorar BEMA:

3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)

4 Material- und Laborkosten: (geschätzt)

5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)

Datum/Unterschrift des **Zahnarztes**

V. Rechnungsbeträge (siehe Anlage)

Euro

Ct

1 ZA-Honorar (BEMA siehe III)

2 ZA-Honorar zusätzl. Leist. BEMA

3 ZA-Honorar GOZ

4 Mat.- und Lab.-Kosten Gewerbl.

5 Mat.- und Lab.-Kosten Praxis

6 Versandkosten Praxis

7 Gesamtsumme

8 Festzuschuss Kasse

9 Versichertenanteil

Gutachterlich befürwortet

ja nein teilweise

Eingliederungsdatum: _____

Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes:

Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingegliedert.

Datum/Unterschrift und Stempel des **Gutachters**

Datum/Unterschrift des **Zahnarztes**

Anschrift des **Versicherten**