

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.**

Art der Versorgung

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan																	
TP = Therapieplanung									R = Regelversorgung						B = Befund		
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

Befund Nr. 1 Zahn/Gebiet 2 Anz. 3

### IV. Zuschussfestsetzung

Betrag Euro Ct

Unfall oder Unfallfolgen/  
Berufskrankheit

Versorgungsleiden

Interimsversorgung

Immediatversorgung

Unbrauchbare  
Prothese/Brücke/Krone

Alter ca. Jahre NEM

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:

% Vorsorge-Bonus ist bereits in den Festzuschüssen enthalten.

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)         | rw = 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 verbundene Restauration |
| ABV = Adhäsivbrücke (Brückenglied mit vestibulärer Verblendung)                | O = Geschiebe, Steg etc.                                       |
| ABM = Adhäsivbrücke (Brückenglied, vollkeramisch oder keramisch vollverbunden) | PK = Teilkrone   |
| B = Brückenglied   | R = Wurzelstiftkappe   |
| E = zu ersetzender Zahn  | S = implantatgetragene Suprakonstruktion                       |
| H = gegossene Halte- und Stützvorrichtung                                      | T = Teleskopkrone  |
| K = Krone  | V = Vestibuläre Verblendung                                    |

(Spalten 1-3 vom Zahnarzt auszufüllen)

**vorläufige Summe** →

Nachträgliche Befunde:

III. Kostenplanung		1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	Euro	Ct
1 BEMA-Nrn.	Anz.						

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

Bei Handschriftung unbedingt in Blockschrift schreiben