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 V... sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das vor... Herstellungsland des Zahnersatzes _____ worden und wünsche die Behandlung entsprechend diesem...

Datum/Unterschrift des **Versicherten**

Lfd.-Nr.

Stempel des **Zahnarztes**

Dieses Formular darf ausschließlich für Unterrichts- und Übungszwecke in der Berufsausbildung für ZFA in den bayerischen Berufsschulen verwendet werden.

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

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
TP																
R																
B																
	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

(Spalten 1-3 vom Zahnarzt auszufüllen)

Befund Nr. 1	Zahn/Gebiet 2	Anz. 3
vorläufige Summe		
Nachträgliche Befunde:		

IV. Zuschussfestsetzung

Betrag	Euro	Ct

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.

☐ Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit ☐ Interimsversorgung ☐ Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone

☐ Versorgungsleiden ☐ Immediatversorgung Alter ca. ____ Jahre ☐ NEM

Erläuterungen

Befund (Kombinationen sind zulässig)

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

Behandlungsplanung:

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

III. Kostenplanung

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

		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. Leistungen BEMA		
3	ZA-Honorar GOZ		
4	Mat.- und Lab.-Kosten Gewerblich		
5	Mat.- und Lab.-Kosten Praxis		
6	Versandkosten Praxis		
7	Gesamtsumme		
8	Festzuschuss Kasse		
9	Versichertenanteil		

Anschrift des **Versicherten**

Gutachterlich befürwortet
☐ ja ☐ nein ☐ teilweise

Datum/Unterschrift und Stempel des **Gutachters**

Eingliederungs-datum:

Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes:

Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingegliedert.

Datum/Unterschrift des **Zahnarztes**