Name der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Vertragszahnarzt-Nr. | VK gültig bis | 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 aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend dieses Kostenplanes.

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

(Spalten 1-3 vom Zahnarzt auszufüllen)

Befund Nr. 1	Zahn/Gebiet 2	Anz. 3

vorläufige Summe

Nachträgliche Befunde:

IV. Zuschussfestsetzung

Betrag Euro	Ct

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

☐ Versorgungsleiden ☐ Immediatversorgung Alter ca. _____ Jahre ☐ NEM

Die Krankenkasse übernimmt folgende Festzuschüsse:

Festzuschuss

Bonus _____ % Härtefall _____

Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.

Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**

Erläuterungen

Befund

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

Behandlungsplanung:

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

III. Kostenplanung

1 BEMA-Nrn.	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	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

Datum/Unterschrift und Stempel des **Gutachters**

Eingliederungsdatum: _____

Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes:

Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingegliedert.

Datum/Unterschrift des **Zahnarztes**

Anschrift des **Versicherten**

Bei Handbeschriftung unbedingt in Blockschrift schreiben

Vordr. Z 311/1B 1.05 SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (0511) 32 73 44