

Name der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherung-Nr. Status

Vertragsnummer-Nr. W. gültig bis Datum

Erklärung des Versicherten

(Nur unterschrieben, wenn Abrechnung ohne vorherige Bewilligung durch die Krankenkasse zugelassen ist.)

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert.

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	
	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	21	22	23	24	25	26	27	28	
TP																			
R																			
B	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32		
B																			
R																			
TP																			

Berechnungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)

Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht anzukreuzen!

II. Befunde für Festzuschüsse

Befund Nr.	1 Zahn/Gebiet	2	Anz.	3	IK Zuschussfestsetzung	
					Betrag Euro	Ct
Nachträgliche Befunde:						
vorläufige Summe						

(Spalten 1-3 vom Zahnarzt auszufüllen)

Unfall oder Unfallfolgen/Berufskrankheit

Interimversorgung

Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone

Versorgungsklassen

Immediateversorgung

Alter ca. Jahre

NEM

Die Krankenkasse übernimmt folgende Festzuschüsse:

Festzuschuss

Bonus Härtedefall

%

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

Erläuterungen

Befund

- A = Achsenbrücke (Anten, Spante)
- B = Brückenglied
- C = einseitiger Zahn
- D = komplett gegossener Halb- und Vollzweihöhung
- E = Krone
- F = Mikroschmelze oder Keramikschmelze
- G = Gusszahn
- H = Vollzweihöhung
- I = Implantat mit osseärer Integration
- J = zu verankernde Implantat
- K = künstlich hergestellte Krone
- L = einseitiggedrängte Krone
- M = einseitiggedrängte Zähne mit parallel Sitzenstrahltechnik
- N = Wurzel/Kapuze
- OK = einseitiggedrängte Wurzel/Kapuze
- OL = einseitiggedrängte Suprakonstruktion
- OT = Teleskop
- OX = einseitiggedrängtes Teleskop
- OY = einseitiggedrängte Zahn mit weitgehender Zerstörung
- OZ = einseitiggedrängter Zahn
- U = Lückenachse
- V = Dreiecke, Segel etc.
- PK = Teilkrone
- W = Wurzel/Kapuze
- X = Implantatgedrängte Suprakonstruktion
- Y = Teleskopkrone
- Z = Vertikales Wellenring

Datum/Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

III. Kostenplanung

BEMA-Nr. und Anzahl	Euro		Ct	
1 BEMA-Nr. und Anzahl				
2 Zahnärztliches Honorar BEMA: (geschätzt)				
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 II)		
2 ZA-Honorar zusätz. 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		

Datum/Unterschrift des Versicherten

3. November 2004

Gutachterlich befürwortet

ja nein teilweise

Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters

Eingliederungsdatum: [] [] [] [] [] []

Herstellungsort bzw. Herstellungstand des Zahnersatzes:

Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingegliedert.

Datum/Unterschrift des Zahnarztes