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 sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes _____ 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 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)
- 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 Supra-konstruktion
- t = Teleskop
- tw = erneuerungsbedürftiges Teleskop
- ur = unzureichende Retention
- ww = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
- x = nicht erhaltungswürdiger 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
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 01.17 SCHÜTZDRUCK Tel. (0511) 32 73 44 · www.schuetzdruck.de