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 | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)

**Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht auszufüllen!**

## 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:**

☐ % Vorsorge-Bonus ist bereits in den Festzuschüssen enthalten.

☐ 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, Spanne)
- 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 = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
- x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
- )( = Lückenschluss

**Behandlungsplanung:**

- A = Adhäsivbrücke (Anker, Spanne)
- 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 7.09 SCHÜTZDRUCK Tel. (0511) 32 73 44 · www.schuetzdruck.de