

Name der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsnummer 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		
R																		
B	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

Befund Nr.1	Zahn/Gebiet	2	Anz.3

Nachträgliche Befunde:

IV. Zuschussfestsetzung

Betrag Euro	Ct

Unfall oder Unfallfolgen/Berufskrankheit
 Versorgungsleiden

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

Interimsversorgung
 Immediatversorgung Alter ca. Jahre NEM

Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone

Erläuterungen Befund

A = Adhäsivbrücke (Volar, Sparte)
 B = Brückenglied
 E = einzelner Zahn
 ev = einzelner, aber ersetzungsbedürftiger Zahn
 f = fehlender Zahn
 I = Implantat mit totaler Superkonstruktion
 II = zu ersetzendes Implantat
 k = künstlich intakte Krone
 kw = ersetzungsbedürftige Krone
 pw = ersetzungsbedürftiger Zahn mit partiellen Substratdefekten

r = Wurzelstuppe
 re = ersetzungsbedürftige Wurzelstuppe
 sr = ersetzungsbedürftige Superkonstruktion
 T = Teleskop
 tr = ersetzungsbedürftiges Teleskop
 ur = unzureichende Retention
 wr = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
 x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
 X = Lückenschluss

Behandlungsplanung:

A = Adhäsivbrücke (Volar, Sparte)
 B = Brückenglied
 E = zu ersetzender Zahn
 H = gegossene Halte- und Stützvorrichtung
 K = Krone
 M = vollkeramische oder keramisch voll verblendete Restauration

Q = Geschiebe, Stieg etc.
 FN = Teleskop
 R = Wurzelstuppe
 S = Implantatgebundene Superkonstruktion
 T = Teleskopkrone
 V = Vertikales Verblendung

III. Kostenplanung

1 BEMA-Nr.	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.
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

Eingliederungsdatum: _____

Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes: _____

Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingegliedert.

Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters

Datum/Unterschrift des Zahnarztes



Ersparnis mit RunkelDent möglich!