

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.**

Art der Versorgung

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan								TP = Therapieplanung				R = Regelversorgung				B = Befund								
TP																								
R																								
B																								
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	31	32	33	34	35	36	37	38
	48	47	46	45	44	43	42	41																
B																								
R																								
TP																								

Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht auszufüllen!

Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)

II. Befunde für Festzuschüsse			IV. Zuschussfestsetzung		Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit	Interimsversorgung	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone
Befund Nr.1	Zahn/Gebiet	2 Anz. 3	Betrag Euro	Ct	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.

### 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 Suprakonstruktion
  - 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 = Geschlebe, Stieg etc.
- PK = Teilkronen
- R = Wurzelstiftkappe
- S = implantatgetragene Suprakonstruktion
- T = Teleskopkrone
- V = Vestibuläre Verblendung

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

### Hinweis:

- % Vorsorge-Bonus ist bereits in den Festzuschüssen enthalten.
- Es liegt ein Härtefall vor.

(Spalten 1-3 vom Zahnarzt auszufüllen)

**vorläufige Summe** ▶

Nachträgliche Befunde:

III. Kostenplanung		1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	V. Rechnungsbeträge (siehe Anlage)		Euro	Ct
1 BEMA-Nrn.	Anz.					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			

Datum/Unterschrift des Zahnarztes

Bei Handbeschriftung unbedingt in Blockschrift schreiben

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

Anschrift des Versicherten