

Vordruck 3a: Heil- und Kostenplan Teil 1

Gültig ab 01.10.2020

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am _____		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 diesem Kostenplan. Datum/Unterschrift des Versicherten _____		Lfd.-Nr. _____ Stempel des Zahnarztes _____													
Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____ Vertragszahnarzt-Nr. _____ Datum _____		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
	B	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	R																
	TP																
Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung): _____																	
II. Befunde für Festzuschüsse Befund Nr. 1 Zahn/Gebiet 2 Anz. 3		IV. Zuschussfestsetzung Betrag Euro Ct		Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit		Interimsversorgung		Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone									
				Versorgungsleiden		Sofortversorgung		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.		Muster		Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse _____		Erläuterungen Befund Kombinationen sind zulässig: a = Adhäsionsbrücke (Driker) pr = erhaltungswürdiger Zahn mit paräneten Substratbrücken ab = Adhäsionsbrücke (Brückenglied) r = Wurzelstülpe ar = erweiterungsbedürftige Adhäsionsbrücke (Kronen) rr = erweiterungsbedürftige Wurzelstülpe abm = erweiterungsbedürftige Adhäsionsbrücke (Brückenglied) sr = erweiterungsbedürftige Suprakonstruktion b = Brückenglied i = Teleskop er = ersetzter, aber erweiterungsbedürftiger Zahn tr = erweiterungsbedürftiges Teleskop f = fehlender Zahn ur = unzureichende Retention i = Implantat mit stabiler Substratkonstruktion wr = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung li = zu entfernenes Implantat x = nicht erhaltungswürdiger Zahn k = Misch-entlast. Krone z = Lückenschluss kr = erweiterungsbedürftige Krone											
vorläufige Summe → Nachträgliche Befunde: _____				Hinweis: <input type="checkbox"/> % Festzuschuss <input type="checkbox"/> Es liegt ein Härtefall vor.		Behandlungsplanung: A = Adhäsionsbrücke (Driker) M = Vollkeramische oder keramisch voll verbländete Restauration ABV = Adhäsionsbrücke (Brückenglied mit verbländeter Verbländung) O = Geschiebe, Stieg etc. ABM = Adhäsionsbrücke (Brückenglied, nichtanhaftend keramisch verbländet) PK = Teleskop B = Brückenglied R = Wurzelstülpe E = zu ersetzender Zahn S = Implantatgebundene Suprakonstruktion H = gegossene Halb- und Stützverbländung T = Teleskopkronen K = Krone V = Verbländete Verbländung											
III. Kostenplanung 1 BEMA-Nr. Anz. 1 Fortsetzung Anz.		2 Zahnärztliches Honorar BEMA: _____ 3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt) _____ 4 Material- und Laborkosten: (geschätzt) _____ 5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt) _____		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 _____													
Datum/Unterschrift des Zahnarztes _____		Gutachterlich befürwortet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise		Eingliederungsdatum: _____ Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes: _____ Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingegliedert.													
Anschrift des Versicherten _____		Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters _____		Datum/Unterschrift des Zahnarztes _____													

Originalgröße: DIN A4