

Geben Sie auf einem Heil- und Kostenplan für den nachfolgenden Behandlungsfall Befund, Behandlungsplan und Befunde für Festzuschüsse — ohne Beträge — sowie die abrechenbaren BEMA Leistungen mit der entsprechenden Anzahl — ohne Beträge — an!

Befund: nicht erhaltungswürdige Zähne: 24, 26

wurzelgefüllter Zahn mit Notwendigkeit Stiftaufbau: 13

erhaltungswürdige Zähne mit weitgehender Zerstörung: 13, 23, 25, 27

Behandlungsplan: Metalllegierung: NEM

Oberkiefer: Brücke von 23 auf 25 auf 27 zum Ersatz von 24 und 26 vestibuläre Verblendungen im Verblendbereich bei Regelversorgung

13 konfektionierter Stiftaufbau keramisch vollverblendete Krone bei 13 (Stufenpräparation)

Provisorien: Individuell hergestellte Provisorien bei 13 und von 23 bis 27

① Welche GOZ-Leistungen fallen an?

② Welche nachträglichen Leistungen fallen an?

Im Laufe der Behandlung müssen die Provisorien im OK 2 x abgenommen und wiederbefestigt werden.

Der Zahn 23 benötigt einen konfektionierten Wurzelstift

Nachträglicher Festzuschuss:

Nachträgliche BEMA-Leistungen:

 , ,

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenfragekennung Versicherten-Nr. Status

Vertragszahnarzt-Nr. 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 diesem Kostenplan.

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 = Therapieplan Ref. = Befund

Art der Versorgung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
TP																														
R																														
B																														
B																														
R																														
TP																														

Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)

II. Befund

Befund Nr. 1	Zahn/Gebiet	2	Anz. 3	Betrag Euro	Ct	fall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit	Interimsversorgung	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone	Alter ca.	Jahre	NEM
						Versorgungsleiden	Immediatversorgung				

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:

☐ % Festzuschuss

☐ Es liegt ein Härtefall vor.

Erläuterungen

Befund (Korrekturen sind zulässig)

a = Adhäsionsbrücke (Zirkon)	pr = einseitig geringfügiger Zahn mit partieller Substratbrücke
ab = Adhäsionsbrücke (Brückenglied)	r = Wurzelstiftprothese
an = einseitig bedingte Adhäsionsbrücke (Zirkon)	rv = einseitig bedingte Wurzelstiftprothese
abw = einseitig bedingte Adhäsionsbrücke (Brückenglied)	sv = einseitig bedingte Suprakonstruktion
b = Brückenglied	t = Teleskop
e = einseitiger Zahn	tr = einseitig bedingte Teleskop
ev = einseitig bedingte Teleskop	ur = unzureichende Retention
f = fehlender Zahn	urp = einseitig bedingte Zahn mit vollständiger Zerstörung
g = Implantat mit intakter Suprakonstruktion	x = nicht einseitig bedingter Zahn
h = zu erfassendes Implantat	y = Lückenabschluss
i = künstlich intakte Krone	
iv = einseitig bedingte Krone	

Behandlungsplanung:

M = Adhäsionsbrücke (Zirkon)	N = Vollkronen aus Keramik
ABV = Adhäsionsbrücke (Brückenglied mit selbstklebender Verbindung)	O = Geschiebe, Steg etc.
ABH = Adhäsionsbrücke (Brückenglied, einseitig bedingte einseitig bedingte)	PK = Teleskop
B = Brückenglied	R = Wurzelstiftprothese
E = zu einseitiger Zahn	S = Implantatprothese
H = zu erfassendes Implantat	SP = Suprakonstruktion
I = künstlich intakte Krone	T = Teleskopkronen
IV = einseitig bedingte Krone	V = Vollkronen Verbindung

III. Kostenplanung

1 BEMA-Nr.	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	Euro	Ct

Zahnärztliches Honorar BEMA:

Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)

Material- und Laborkosten: (geschätzt)

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

Nr. 31310 - www.praxisdruck.de - © 2010 Praxisdruck GmbH - Preisänderungen: 2010 - 31310/10/2010

Bei Handschriftlichkeit unbedingt in Blockschrift schreiben

1/10/2010