

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

Nr.	Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Kostenträgereckennung	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.		Datum

Lfd.-Nr.

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

Stempel des Zahnarztes

Heil- und Kostenplan

Hinweis an den Versicherten:

Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan

Art der Versorgung	Zusammenfassung								TP = Therapieplan								Reparatur								Befund							
	TP	R	B	B	R	TP	R	B	B	R	TP	R	B	B	R	TP	R	B	B	R												
	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														

Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)

II. Einzelbefund

Befund Nr.	Zahn/Gebiet	Anz.	Betrag Euro	Ct	Fall oder Unfallfolgen/Berufskrankheit	Interimsversorgung	Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone
					Versorgungsleiden	Immediatversorgung	Alter ca., Jahre

(Spalten 1-3 vom Zahnarzt ausfüllen)

Erläuterungen

Befund (Klammern sind zulässig)

- a = Adhäsionsbrücke (Anker)
- ab = Adhäsionsbrücke (Brückenglied)
- ak = einseitig bedingte Adhäsionsbrücke (Anker)
- abw = einseitig bedingte Adhäsionsbrücke (Brückenglied)
- b = Brückenglied
- e = einzelliger Zahn
- ew = einseitiger, aber einseitig bedingter Zahn
- f = fehlender Zahn
- i = Implantat mit molarer Suprakonstruktion
- k = zu erfassendes Implantat
- kr = künstlich intakte Krone
- kw = einseitig bedingte Krone
- pa = einseitig gebogener Zahn mit partieller Substratverankerung
- r = Wurzelstiftprotoplaste
- rv = einseitig gebogener Wurzelstiftprotoplaste
- sw = einseitig gebogener Superkonstruktion
- t = Teleskop
- tv = einseitig gebogener Teleskop
- ur = unzureichende Retention
- uo = einseitig gebogener Zahn mit vollständiger Zerstörung
- x = nicht einseitig gebogener Zahn
- y = Luckenschluss

Behandlungsplanung:

- A = Adhäsionsbrücke (Anker)
- ABV = Adhäsionsbrücke (Brückenglied) mit verbaler Verbindung
- ASB = Adhäsionsbrücke (Brückenglied), abweichend von dem oben angegebenen
- B = Brückenglied
- E = zu ersetzender Zahn
- H = geplante Halb- und Stützvorrichtung
- K = Krone
- M = Vollkronen oder keramisch voll verformene Endanfertigungen
- O = Geschiebe, Steg etc.
- PK = Teilkrone
- R = Wurzelstiftprotoplaste
- S = Implantatprotoplaste
- T = Teleskopprotoplaste
- V = Verbale Verbindung

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Hinweise:

☐ % Festzuschuss

☐ Es liegt ein Härtefall vor.

III. Kostenplanung

1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	Euro	Ct
1 BEMA-Nr.					
? 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. 13310 • www.praxisformulare.de • © 2008 Praxiskonzepte GmbH • Preisänderung 2011 • SBB 17 Update